

VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

DIPLOMSKA NALOGA

Izola, avgust 2009

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA**

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI SOOČANJU Z
ANOREKSIJO NERVOZO – ŠTUDIJA PRIMERA**

Študentka: VOJKA FRITZ

Mentor: izr. prof. dr. ANDREJ CÖR, dr. med.

Somentorica: asist. SABINA LIČEN, dipl. m. s.

Študijski program: VISOKOŠOLSKI ŠTUDIJSKI PROGRAM

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

IZOLA, AVGUST 2009

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI SOOČANJU Z
ANOREKSIJO NERVOZO – ŠTUDIJA PRIMERA**

Študentka: VOJKA FRITZ

Mentor: izr. prof. dr. ANDREJ CÖR, dr. med.

Somentorica: asist. SABINA LIČEN, dipl. m. s.

Študijski program: VISOKOŠOLSKI ŠTUDIJSKI PROGRAM

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

IZOLA, AVGUST 2009

*Iskreno se zahvaljujem somentorici asistentki Sabini Ličen za vso strokovno pomoč,
vzpodbudo in nasvete pri izdelavi diplomske naloge.*

*Lepo se zahvaljujem tudi mag. Vesni Čuk za pregled in svetovanje pri popravkih diplomske
naloge.*

Zahvala gre tudi izr. prof. dr. Andreju Cöru za pregled diplomske naloge.

Hvala J. P. za sodelovanje v raziskavi in za čas, ki si ga je vzela za moja vprašanja.

*Posebna zahvala gre tudi Saši Šolc za posredovanje informacij o delu na psihiatrični kliniki –
oddelku za motnje hranjenja.*

Zahvaljujem se Ani Cukijati za lektoriranje.

Zahvala gre tudi Ediju Prašoviču za prevod v angleški jezik.

Zahvaljujem pa se tudi svoji družini, ki me je ves čas vzpodbujala in verjela vame.

POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

Motnje hranjenja so kompleksen problem, ki se kaže kot izguba nadzora nad lastnim prehranjevanjem. Pretiran nadzor nad količino in vrsto hrane, ki jo zaužijemo oziroma nadzor nad telesnim izgledom je le zunanji izraz za globlje socialno-psihološke in čustvene probleme. Najpogosteje se pojavljajo pri dekletih v adolescenci, vendar pa jo zasledimo lahko tudi v katerikoli starostni skupini.

Medicinska sestra je aktivno vključena v zdravstveno nego in obravnavo vseh tistih, ki trpijo zaradi kakršnekoli oblike motenj v prehranjevanju. Sodeluje pri načrtovanju celotne obravnave in je med hospitalizacijo s terapevtsko komunikacijo povezana s pacientom. Za preprečevanje motenj hranjenja je zelo pomembno tudi zdravstveno-vzgojno delo medicinske sestre.

V prvem delu diplomske naloge so predstavljene oblike motenj hranjenja, etiologija in psihološka ozadja, ki privedejo do klinične slike ter postavitve diagnoze. Kot zelo pogosta oblika motenj hranjenja je podrobno predstavljena in opisana anoreksija nervoza.

V drugem delu smo s kvalitativno metodo dela predstavili retrogradno študijo primera pacientke z motnjo hranjenja. Ugotovili smo, da ima medicinska sestra v procesu zdravstvene nege aktivno vlogo in pomembno vpliva na kakovost življenja pacientke z anoreksijo nervozo.

Ključne besede: motnje hranjenja, anoreksija nervoza, zdravstvena nega, medicinska sestra.

ABSTRACT

Eating disorder is a complex problem, and it expresses as a lack of control over self-feeding. Over control of volume and kind of food, which is being eaten or as physical image is only outside expression for deeper socio-psychologic and emotional problems. Usually occurs by girls at the age of adolescence, however we can find it at any age. Medical nurse is acting an important role in medical care and treatment of all persons who are suffering of any eating disorder. Nurse is usually cooperating in complete treatment and during the process of hospitalization is closely connected to patient. For eating disorder prevention are very important educational and curative aspect of nurse activities. In the first part of thesis there are presented forms of eating disorders, etiology and psychological background, which leads to clinical manifestations and disease diagnosis statement. As very usual form of eating disorder is detail presented anorexia nervosa. In the second part of thesis with qualitative method we present retrospective case study of a patient with an eating disorder. We found out that a nurse acts an important role in process of treatment of anorexia nervosa also a nurse has an important influence on patient's quality of life.

Key words: eating disorder, anorexia nervosa, medical treatment, nurse.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	1
2	MOTNJE HRANJENJA	3
2.1	Etiologija in psihološko ozadje motenj hranjenja.....	3
2.1.1	Družinski dejavniki tveganja.....	4
2.1.2	Sociokulturni dejavniki tveganja:.....	5
2.1.3	Biološko-genski dejavniki tveganja	5
2.2	OPREDELITEV MOTENJ HRANJENJA.....	7
3	ANOREKSIJA NERVOZA	10
3.1	Klinični znaki anoreksije nervoze	11
3.2	Postavitev medicinske diagnoze	12
3.3	Zdravljenje anoreksije nervoze.....	14
4	PSIHIATRIČNA ZDRAVSTVENA NEGA	15
4.1	Zdravstvena nega pacientov z motnjami hranjenja	15
4.2	Vloga medicinske sestre pri pacientih s težavami v duševnem zdravju.....	15
4.2.1	Zdravstvena vzgoja in terapevtski pristop medicinske sestre	18
4.2.2	Pomen terapevtske komunikacije.....	19
4.3	PROCES ZDRAVSTVENE NEGE	20
4.3.1	Negovalna diagnoza in njen pomen	21
5	EMPIRIČNI DEL – ŠTUDIJA PRIMERA PACIENTKE Z ANOREKSIJO NERVOZO	
	24	
5.1	Namen in cilj diplomske naloge	24
5.2	Hipoteza.....	24
5.3	Materiali in metode.....	24
5.3.1	Zbiranje podatkov in opis dela	26
5.4	ŠTUDIJA PRIMERA	27
	Negovalna anamneza.....	27
5.4.1	Potek intervjuja s pacientko:	27
5.4.2	Predstavitev vzorcev zdravega obnašanja:	28
5.4.3	Predstavitev razgovora z vodjo zdravstvene nege na oddelku za mentalno zdravje Psihiatrične klinike v Ljubljani enoto motenj hranjenja:	31
6	PRIKAZ VLOGE IN PRISTOPA MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI PACIENTKE Z ANOREKSIJO NERVOZO	33

7	RAZPRAVA	38
8	ZAKLJUČEK.....	42

1 UVOD

Motnje hranjenja na izjemno boleč in akuten način ovirajo posameznikovo vsakodnevno delovanje in normalno življenje (1).

Veliko ljudi občasno uporabi hrano za preganjanje dolgčasa, za premagovanje napetosti, ali pa v takih situacijah sploh ne jedo. Redki so taki, ki se niso nikoli prenaledli. Veliko ljudi se kdaj tudi odreka hrani, da bi izgubili kakšen kilogram svoje teže. Vendar to še niso motnje prehranjevanja. Težave s hranjenjem postanejo motnje prehranjevanja šele takrat, ko se okoli hrane začne vrteti večina misli, notranjih konfliktov in občutkov krivde posameznika. Motnje hranjenja so kompleksen problem, ki se kaže kot izguba nadzora nad lastnim prehranjevanjem ali kot pretiran nadzor nad količino in vrsto hrane, ki jo zaužijemo, oziroma nadzor nad telesnim izgledom. Pojavlja se lahko pri vseh slojih prebivalstva, najpogosteje pa v mladosti in zgodnji odrasli dobi (2).

Motnje hranjenja so le zunanji izraz za globlje socialno-psihološke in čustvene probleme. Sternad (2001) navaja, da smo s spreminjanjem odnosa do hrane, prehranjevalnih navad, vegetarijanstvom, najrazličnejšimi dietami za hujšanje, pomenom zdrave prehrane, po drugi strani pa s fitnesi, solariji, različnimi masažami, pripomočki za razgibavanje in lepotnimi operacijami pripomogli k porastu motenj hranjenja v zadnjih desetletjih (3).

Med motnje hranjenja uvrščamo anoreksijo nervozo, bulimijo nervozo in kompulzivno prenaledanje.

Pojavnost anoreksije nervoze se v zadnjih 20-ih letih ni zelo spremenila, saj se pojavlja v razvitem svetu med 0,5–1 % prebivalstva. Drugače pa je pri bulimiji nervozi, kjer ugotavljajo, da pojavnost strmo in linearno narašča. Sprva je bila pojavnost enaka kot pri anoreksiji, danes pa je nekajkrat večja (med 3 in 5 % prebivalstva). Podatki za kompulzivno prenaledanje so manj znani, saj je to najmlajša kategorija od vseh motenj hranjenja. Tudi razmerje med spoloma se je spremenilo. Sprva so motnje hranjenja veljale za izrazito žensko bolezen, danes ni več tako. Velja, da na 9 do 10 žensk z anoreksijo nervozo in na 7 do 8 žensk z bulimijo nervozo zboli 1 moški. Pri kompulzivnem prenaledanju pa naj bi bila porazdelitev med spoloma približno enaka (3, 4).

Veliko raziskovalcev, ki se ukvarjajo z motnjami hranjenja se strinja, da moderna zahodna kultura s svojim poudarjanjem vitkosti pomembno prispeva k višanju števila obolelih z motnjami hranjenja. V zadnjih petih desetletjih se je povprečna teža zmagovalk na tekmovanjih za miss Združenih držav Amerike progresivno zniževala. Število informacij v medijih o različnih shujševalnih dietah pa v zadnjih letih strmo narašča (5).

Motnje hranjenja obsegajo od bolj ali manj predhodnih problemov s težo in postavo do kroničnih oblik, lahko tudi s smrtnim izidom. Dolgoročno spremljanje ljudi z motnjami hranjenja je pokazalo, da jih v desetih letih kar 5 % umre, v daljšem časovnem obdobju pa tudi do 20 %. Smrtnost zaradi motenj hranjenja je najvišja med vsemi psihološkimi motnjami, lahko je celo višja od depresije (1).

Namen in cilj diplomske naloge je v teoretičnem delu opisati motnje hranjenja, v empiričnem pa predstaviti primer pacientke z anoreksijo nervozo skozi študijo primera. S kvalitativno metodo zbiranja in analize podatkov smo izvedli retrogradno študijo primera dekleta z anoreksijo nervozo v domačem okolju.

.

2 MOTNJE HRANJENJA

Motnje hranjenja so težko ozdravljiva bolezen, ki utegne ogroziti življenje pacienta. Najpogosteje se pojavljajo pri dekletih v adolescenci, zasledimo pa jih lahko tudi v katerikoli drugi starostni skupini. Za motnje hranjenja je značilen bolesten strah pred debelostjo ob moteni predstavi o lastnem telesu. Zaželeno stanje je izjemna suhost, ki jo posamezniki dosežejo z namernim stradanjem, pretirano telesno aktivnostjo, bruhanjem, uporabo odvajal ali diuretikov. Mediji danes predstavljajo idealno žensko in idealnega moškega, ki sta mlada, lepa, vitke postave in urejena človeka ter zelo aktivna, dinamična, ambiciozna in tekmovalna. Taki ideali močno vplivajo na mladostnike, ki iščejo svojo identiteto. Motnje hranjenja so posledica neustreznega razvoja identitete, ki se kažejo v občutku nezadostnosti tako na socialnem kot na spolnem področju (6).

2.1 Etiologija in psihološko ozadje motenj hranjenja

Čeprav so motnje hranjenja enako razširjene po vsem vzhodnem svetu, preseneča, da se pojavljajo med priseljenci, ki so se nedavno preselili v katero od vzhodnih držav, kar najbrž kaže na razvojni pomen iskanja pripadnosti in identitete pri odrasčajočih posameznikih. Poleg tega telesni razvoj v adolescenci pripelje fante bliže idealni moški postavi, medtem ko dekleta od te postave oddalji. Raziskave kažejo, da pri moških ocene lastne teže, idealne teže in teže, ki menijo, da je privlačna za nasprotni spol, bolj ali manj sovpadajo, kar nakazuje, da se moški večinoma počutijo »dobro« v svojem telesu, s to izjemo, da si moški želijo še močnejše postave in da mislijo, da je taka postava bolj všeč tudi ženskam. Ženske na drugi strani svojo dejansko težo uvrščajo daleč nad tisto, ki jo imajo za idealno, ta je najnižja, sledijo pa ji teža, ki naj bi bila privlačna za ženske, ter teža, ki naj bi bila privlačna za moške. Iz tega lahko sklepamo, da so ženske zelo stroge do svojega telesa, da se v njem redko počutijo privlačne in pomirjene in da lahko moški povsem spontano veliko pripomorejo k temu, da se ženske počutijo bolje glede telesne teže (1).

Raziskave so pokazale, da so Afro-Američanom moškega spola, v primerjavi z belci, bolj všeč dekleta močnejše postave, kar bi lahko bil eden od vzrokov za manjšo pojavnost motenj hranjenja med črnskimi dekleti, ki imajo boljšo samopodobo, manj težav s težo in sebe dojemajo kot bolj suhe, kot so v resnici. Ob tem ne moremo mimo vpliva medijev, lepotnih

tekmovanj, mode in poudarjanja zdrave prehrane, hujšanja ter suhosti v javnosti. Dokazano je bilo, da listanje modnih in ženskih revij ter gledanje televizije pozitivno korelira z nezadovoljstvom z lastnim telesom. Izjemno so izpostavljena in nezavarovana odraščajoča dekleta, ne samo ker njihovo razvijajoče se telo privlači moške poglede, pač pa zato, ker je slaba njihova samopodoba. Jasno je, da današnjih lepotnih standardov ne more doseči večina deklet in žensk ter da ti standardi silijo čedalje več deklet k hujšanju. Ti poskusi hujšanja imajo nasproten učinek, zlasti pri dekletih, ki so občutljiva za te probleme, saj je običajni rezultat hujšanja porast telesne teže. Svoj delež poleg kulture prispeva tudi neposredna družba, saj se dekleta družijo s tistimi, ki imajo do sebe in svojega telesa podobno držo in s katerimi lahko delijo svoje težave glede hujšanja in hrane. Iz tega sledi večji odstotek motenj med študentkami baleta, telovadkami in modnimi modeli (1).

Vzroki, ki pogojujejo nastanek motenj hranjenja, so številni. Le redko lahko pri posameznem pacientu izluščimo samo en pomemben razlog. Večinoma gre za kombinacijo večjega števila dejavnikov, ki osebo počasi, vendar vztrajno, vodijo v katero od spodaj naštetih motenj hranjenja. Pomembno je odkriti vzrok oziroma vzroke motenj hranjenja, saj je zdravljenje uspešno le, če jih prizadeta oseba prepozna, predela ter posledično spremeni svoje vedenjske vzorce in emocionalni naboj. Iščemo torej vzroke in ne krivde ali krivcev za nastanek motenj hranjenja (7).

Med pogostejše vzroke prištevamo naslednje dejavnike.

2.1.1 Družinski dejavniki tveganja

- Odnos staršev (predvsem matere) do hrane (pretirano suha ali debela mati, ki ni zadovoljna s svojo podobo in je posledično ves čas oziroma pogosto na različnih dietah);
- kronične telesne in/ali duševne bolezni katerega od staršev (otrok se boji za starša, ne čuti se varnega ter posledično ne razvije ustreznega samozaupanja in samopodobe);
- telesno, čustveno in spolno nasilje v družini (otrok se počuti ogroženega);
- nefunkcionalen odnos med partnerjema (neustrezna porazdelitev vlog v družini, nenehni prepiri, pretirana bližina ali oddaljenost);
- nefunkcionalni odnosi v družini (otrok prevzema vlogo amortizerja, rabsodnika, posrednika; ni meja med podsistemi, ali pa so preveč toge);

- hrana je vzgojni pripomoček (ob pomoči hrane se kaznuje ali nagrajuje, nadzor in zasliševanje med obroki, otrok se začne izogibati skupnim obrokom, se jih boji);
- nekompatibilnost med otroki in starši (zelo uspešni starši, ki jim je vse uspelo z lahkoto, njihovi otroci pa tega ne zmorejo, zato jih preplavijo občutja nezadostnosti, neustreznosti, neuspešnosti) (7, 8).

V nobenem primeru, razen pri zlorabah, ne gre za iskanje krivde in krivcev. Prvi občutek svojca, čigar bližnji zbolijo, je prav krivda. Občutki krivde pri starših in drugih svojcih pa so destruktivni in prav nič ne pripomorejo k izboljšanju stanja obolele osebe ali celotnega družinskega sistema; pač pa je celo nasprotno (7).

2.1.2 Socio-kulturni dejavniki tveganja:

Ne moremo mimo dejstva, da se je vloga ženske v zadnjih desetletjih zelo spremenila. Tako je samoumevno, da je ženska zaposlena, hkrati pa večinoma še vedno prevzema vse naloge, ki so včasih veljale za tradicionalno ženske. Danes velja za uspešno žensko tista, ki je lepa, negovana, zaposlena, izpolnjuje vse tradicionalne funkcije (mati, gospodinja) in je seveda vitka. K tej "idealni" podobi ženske prispevajo mediji, ki opevajo vitkost za vsako ceno. Če prelistamo katerokoli revijo, namenjeno dekletom in ženskam, smo dobesedno oblegani z različnimi dietami, z naslovnice pa se nam smehljajo čudovito lepe, vitke mladenke, ki v nas vzbujajo občutke krivde ob vsakem gramu zaužite hrane (7).

2.1.3 Biološko-genski dejavniki tveganja

Pomemben vzročni dejavnik je čezmerna telesna teža ob rojstvu in v otroštvu. Debel otrok je tarča posmeha vrstnikov in jeze staršev. Četudi pozneje shujša, težko popravi slabo samopodobo, ki si jo je ustvaril o sebi. Deduje se tudi nagnjenost k specifičnim osebnostnim potezam, ki so rizične za razvoj motenj hranjenja. Mednje uvrščamo perfekcionizem, pretirano storilnost, izrazito pridnost, potrebo po potrjevanju, pohvalah in potrditvah okolice (7).

Danes potekajo raziskave vzrokov motenj hranjenja po dveh vzporednih poteh: biološki (genski inženiring in nevrotransmitterske funkcije) ter psiho- in socio-kulturološki. Dokončen

odgovor bomo najbrž dobili upoštevajoč izsledke obeh, ki jih bo in jih je že mogoče uporabiti pri načrtovanju najširših preventivnih programov (7).

Motnje hranjenja so tesno povezane s psihološkim pomenom hrane in simbolike v povezavi človekovega doživljanja in vedenja. Hrana namreč prinaša človeku prvo izkušnjo ugodja, ki začasno prežene vsa druga neugodja, ter ga potolaži in pomiri. Otrok pri hranjenju prvič doživlja, da mu dotikanje dela telesa (ust in okolice) povzroča ugodje in vznemirjanje. Pri tem se tesneje poveže s človekom, ki ga hrani in dobi občutek, da je sprejet, ljubljen in pomemben. Tako hrana podzavestno ostaja povezana z ugodjem, zadoščanjem in tolažbo, pri čemer je bistvenega pomena usklajenost med materjo in otrokom ter pravilno ravnanje z otrokom in odzivanje na njegove potrebe. V adolescenci se vprašanje hrane tesno poveže z odrasčanjem. Mladostniku predstavlja zagotovilo ali grožnjo rasti in zorenja. Razvitejše telo ni le večje in bolj odraslo, ampak tudi spolno določeno. Odklanjanje hrane je povezano z odklanjanjem odraslosti in spreminjanjem sebe kot polnega bitja, je tudi izraz razočaranja, jeze in osamljenosti. Vračanje v otroškost telesa je simboličen umik pred vsem, kar prinaša odrasla spolna vloga, zato ne preseneča, da se v družinskih odnosih pogosto odkrijejo disfunkcija v partnerstvu staršev. Hrana predstavlja (zlasti v odnosu do staršev) edini način obvladovanja zunanjega sveta, instrument samoobvladovanja, ki ne dovoljuje prisile in manipuliranja s strani drugih. Pri bulimiji hrana predstavlja potešitev, ki pa zaradi svoje količine postane grožnja, sovražni in neobvladljivi element okolja. Obstoje motenj hranjenja in neučinkovitost zdravljenja nedvomno dokazujejo, da je psiho-dinamičen vidik pomemben tako kot telesni vidik obravnave motenj hranjenja (9).

2.2 OPREDELITEV MOTENJ HRANJENJA

Motnje hranjenja so v skrajni meri napad nase. So manipulacija z lastnim telesom, ki ni znak nečimrnosti, ampak vdaje pred prehudimi notranjimi in zunanjimi pritiski (10).

Motnje pri uživanju hrane lahko razdelimo v prandialne (s hipofagijo in hiperfagijo), ekstraprandialne in ostale motnje. V medicini motnje hranjenja vključujejo naslednje klinične skupine: anoreksija nervoza, bulimija nervoza, bulimija ob normalni telesni teži, pretirano hranjenje, povezano z drugimi psihičnimi motnjami ter nespecifične in druge motnje hranjenja. Motnje hranjenja pa so opredeljene še v vedenjskih in čustvenih motnjah z običajnim začetkom ob rojstvu. Tako sta npr. pika (uživanje neužitnih snovi) in ruminacija (ponovno prežvekovanje že zaužite hrane) pogosto povezani z zaostankom v razvoju otroka, ali pa sta del splošne vzgoje in čustvene zanemarjenosti otroka (11).

Prandialne motnje hranjenja:

1. Hipofagija:

- anoreksija,
- odklanjanje hrane,
- zanikanje občutka lakote (11).

2. Hiperfagija:

- pretiravanje v lakoti in apetitu,
- odsotnost sitosti ali zakasneni pojav sitosti,
- sistematično izogibanje določeni vrsti hrane,
- hitro požiranje hrane,
- uživanje nehranilnih snovi (peska, las, plastike, živalskih iztrebkov ...) (11).

Ekstraprandialne motnje:

- preobčutljivost na prehrabene navade (zaznamo kot povečan odgovor na prehrabeni dražljaj med uživanjem hrane ali med obroki),
- pogosti manjši obroki (brez lakote ali želje po hrani),
- hrepenenje po hrani (močna želja po določeni hrani izven rednih obrokov hrane),

- hrepenenje po posebni hrani (npr. po ogljikovih hidratih, ko osebe izven obrokov hrane zaužijejo večje količine slaščic),
- pomanjkanje nadzora pri uživanju posebne hrane (osebe naenkrat zaužijejo večjo količino hrane ne glede na stanje sitosti),
- nočno uživanje hrane,
- bruhanje (po obroku hrane je lahko povezano z drugimi motnjami hranjenja) (11).

Ostale motnje prehranjevanja:

- regurgitacija hrane (zaužita hrana, ki jo človek izbruha in ponovno prežveči),
- kraja hrane,
- kopičenje zaloga hrane (običajno na skritih mestih),
- neobičajno zanimanje za hrano in prehrano (zbiranje receptov, pretirano kuhanje) (11).

Motnje prehrabnih navad so tiste, ki se razlikujejo od običajnih in že ustaljenih prehrabnih navad ljudi, med katerimi oseba živi in dela. Kažejo se v spremenjenem zdravstvenem in prehrabnem stanju. Povezane so lahko tudi z drugimi motnjami, npr. s pretiranim jemanjem zdravil, z uživanjem neustrezne diete zaradi zdravniškega predpisa ali z genetskimi motnjami in boleznijo ter s številnimi psihičnimi motnjami (11).

Odvisnost od hrane ne pomeni pretirane lakote (potrebe po hrani), marveč kaže, da se je odvisnik naučil omamljati s posebnimi manevri v zvezi s hranjenjem. Omamijo lahko različni postopki: stradanje in postenje, bruhanje, prenažedanje, telovadba, a tudi kemične snovi, kot sta čisti sladkor in čokolada. Odvisnost od hrane so posebne vrste zasvojenosti, pri katerih človek za doseg omamnega stanja zavesti zlorablja hrano ali postopke v zvezi s hranjenjem in hujšanjem. Glede na to, na kakšne načine skušajo zasvojeni nadzirati vnos hrane ali njeno izločanje, da se ne bi zredili, delimo zasvojenosti s hrano na tri pomembne oblike (12).

Med najbolj znanimi sindromi motenj pri uživanju hrane so anoreksija, bulimija in kompulzivno prenažedanje.

- Anoreksija je bolezen, ki vpliva na odnos do hrane in telesne teže. Pacienti, ki trpijo zaradi anoreksije, o sebi menijo, da so predebeli, četudi v resnici niso. Radi bi shujšali, zato jedo kar se da malo. Včasih tudi prekomerno telovadijo, da bi čim bolj shujšali.

Počutijo se debeli, četudi so že kar zaskrbljujoče suhi. Da bi prikrili svoj odnos do hrane, začnejo lagati, koliko v resnici pojedjo. Prestrašeni so ob misli, da bi se zredili (13).

- Bulimija je motnja hranjenja, pri kateri posamezniki po obroku hrano izbruhamo, da bi s tem uravnavali svojo telesno težo. Pacienti z bulimijo se pogosto sramujejo svojega početja. Gnusijo se sami sebi, zato je manj verjetno, da bodo spregovorili o svojih problemih ali da bodo poiskali pomoč (13). Osebe, ki imajo bulimijo, je težje diagnosticirati kot obolele za anoreksijo, ker so običajno normalno hranjeni, včasih tudi debeli, redko pa imajo prenizko telesno težo. Oboleli jedo veliko hrane, ki jo nato izbruhamo. Največkrat si pri tem pomagajo s prsti in imajo zato na dorzalnih delih prstov poškodovano kožo zaradi stiska z zgornjimi sekalci (14).

Če dvakrat ali trikrat poskusiš z bruhanjem, še ne pomeni, da si bulimičen, prav tako kot ni anoreksičen nekdo, ki en teden ne je kosila. Pacient, ki ima bulimijo, v začetku bruha enkrat na dan, potem pa vedno bolj pogosto, lahko tudi po vsakem obroku. Izločanje hrane lahko postane vedno težje, zato začne uporabljati odvajala. Da bi izzval bruhanje, si poleg prstov lahko pomaga z različnimi predmeti, kar pa je lahko zelo nevarno, saj lahko tak predmet po nesreči pogoltne in se ga mora operativno odstraniti. Z bruhanjem slabi zobna sklenina, lahko pa pride tudi do rane na želodcu. Tako bulimija kot anoreksija sta zelo nevarni za življenje (13).

- Vsak od nas se kdaj nabaše s hrano, večina ljudi pa se občasno preveč naje. Precej običajno je tudi, da se včasih poskušamo nagraditi ali potolažiti s čokolado. Kompulzivno prenažedanje se pojavi takrat, ko človek nima več nobenega nadzora nad količino hrane, ki jo poje, in lahko za en obrok poje gromozansko količino hrane, ne da bi ga sploh zanimalo, kaj je pojedel oziroma kakšen je bil okus. Tisti, ki se kompulzivno hranijo, so sposobni jesti celo surovo moko ali pa hrano, ki ji je rok trajanja že zdavnaj potekel. Lahko pojedjo vse, kar se da, samo da zbašejo vase čim več. Tudi ljudje, ki se kompulzivno hranijo, se sramujejo svojega početja in lahko se zgodi, da začnejo hrano skrivati, tako kot alkoholiki skrivajo zaloge alkohola. Kompulzivno hranjenje je hudo stanje. Ljudje, ki se kompulzivno hranijo, imajo običajno obdobja, ko stradajo ali bruhamo, da bi tako nadzorovali svojo težo. Take osebe potrebujejo strokovno pomoč, saj kompulzivno hranjenje ni nekaj, proti čemur bi se lahko borili sami (13).

3 ANOREKSIJA NERVOZA

Zmotno je mnenje, da ima nekdo, ki strada, anoreksijo, in da ima nekdo, ki bruha, bulimijo.

Termin anoreksija je prvi uporabil Gull leta 1873 in je z njim opisal skupino adolescentk in mlajših odraslih žensk, ki so odklanjale hrano. Beseda sama pomeni izgubo apetita in je neustrezna, saj večina žensk navaja povečano željo po hrani (6).

Anoreksija nervoza je motnja, ki nastaja postopoma in gre torej za proces (3). Je bolezen, ki jo označuje zavestno povzročeno znižanje telesne teže s strani samega pacienta. Najpogostejša je pri dekletih v adolescentnem obdobju in mladih ženskah, pojavlja pa se, čeprav redkeje, tudi pri fantih v adolescentnem obdobju. Je bolezen razvitega sveta, večinoma gre za dekleta iz srednjega in višjega družbenega sloja, iz družin, ki imajo posebno družinsko dinamiko s prikrito disfunkcionalnostjo. Povprečna starost deklet je od 14 do 18 let (6). V povprečju traja bolezen že nekaj let, preden pacient poišče pomoč (3, 15).

Oseba z anoreksijo nervozo čuti intenziven strah pred debelostjo, ki se ne zmanjša niti ob zniževanju telesne teže. Ves čas je prepričana, da je debela, četudi so v resnici že izražene telesne posledice podhranjenosti. To prepričanje imenujemo motena predstava o lastnem telesu (3).

Pri anoreksiji nervozi ločimo dva podtipa:

- purgativni tip, ko osebe vzdržujejo nizko telesno težo s pomočjo bruhanja, jemanja odvajal ali diuretikov;
- restriktivni tip, ko osebe vzdržujejo nizko telesno težo z odklanjanjem hrane, torej s stradanjem. Ob tem vključujejo še prekomerno telesno aktivnost (16).

Osnovna značilnost bolezni anoreksija nervoza je radikalno zavračanje hrane, kar povzroči, da pacient izgubi od 20 do 40 % telesne teže od začetka motnje. Vnos hrane se zmanjša tako drastično, da je v ne tako redkih primerih ogroženo pacientovo življenje. Smrtnost pacientov z anoreksijo nervozo je približno 10 % (17).

Anoreksija nervoza je bolezen zanikanja. Anoreksična deklica zanika svoje psihološke in fiziološke potrebe, in to kljub očitnemu razvoju v smeri proti ženskosti. Lahko celo postane ponosna in pridobiva samozavest s tem, ko zanika svoje osnovne potrebe. Prične dobivati

občutek, da je nekaj posebnega in skoraj več vredna od tistih, ki odkrito priznavajo svoje potrebe, posebno tiste, ki so povezane s hrano. Občutek posebnosti in večvrednosti predstavlja pogosto mladim dekletom novo izkušnjo, saj jim je v preteklosti primanjkovalo prav samozavesti in so imele slabo podobo o sebi (18).

Sčasoma postane anoreksično dekle vedno bolj izolirano od družine in prijateljev. Ne zanima se več za konjičke in druge dejavnosti, živi dokaj tajno življenje, v katerem so hrana, izogibanje hrani in prezaposlenost s težo največjega pomena. Povečanje samozavesti, občutka moči in obvladovanje misli postopno zamenjajo občutki obupa ter psihične in fizične praznine. To je mogoče čas, ko se oseba želi spremeniti, ker pa je sama, ne more dopustiti, da bi si priznala potrebe brez intenzivnih občutkov krivde (18).

Čeprav anoreksična deklica sebi hrano odreka, uživa v tem, ko gleda druge pri hranjenju. To ni uživanje zato, da bi občudovala druge, ampak le tako drugače dosega občutke večvrednosti, ker se je odločila, da ne bo jedla (18).

Marsikatero anoreksično dekle misli, da ji družinski člani ne bodo več izkazovali ljubezni, da jo bodo prezirali in da se ji ne bodo več posvečali, če ne bo več shujšana, če se bo pričela normalno razvijati in pridobivati težo. Tem dekletom se zdi, da je njihova edina pozitivna lastnost odločitev, da se bodo odpovedale hrani. Teža in obline so povezane z odraslostjo; anoreksične deklice imajo občutek, da so odrasli zavrtnjeni, če izražajo potrebe po ljubezni in varnosti. Ta zgrešena predstava še dodatno utrjuje njihovo odvisno, otroško stanje. V odraslosti vidijo stanje popolnega samozaupanja, za katero pa se jim zdi, da so slabo pripravljene. Težko si zamišljajo, da so tudi odrasli negotovi in dvomijo vase (18).

3.1 Klinični znaki anoreksije nervoze

Motnja telesne podobe se kaže kot pretiran občutek debelosti ali hud strah pred njo ne glede na dejansko telesno težo, ki je ponavadi nizka ali zelo nizka. Anoreksične osebe so preobremenjene s svojo zunanostjo, svojo podobo in vprašanji glede hrane. Shujšajo zaradi odklanjanja hrani ali pa različnih manevrov ob hranjenju: z bruhanjem, uživanjem odvajal ali diuretikov in intenzivnimi telesnimi vajami. Pojavijo se tudi drugi bolezenski znaki in spremembe: hipotermija, bradikardija, lanugo, edemi ter razne presnovne, hormonske in elektrolitne spremembe, kronično zaprtje, nizek krvni tlak, težave s srcem, slabokrvnost in

druge nepravilnosti. Značilno je tudi vedenje anoreksičnih pacientov. Mnogi so s kuhanjem in pripravo hrane za druge že prav nasilni, sami pa so do svojega motenega odnosa do hrane in včasih že prav skrajne stopnje hujšanja povsem neuvidevni. Možne so tudi dodatne oblike prisilnega vedenja, recimo pretirano umivanje rok in slaba kontrola impulzov, tudi zloraba psihoaktivnih snovi, zlasti alkohola. Mnoge anoreksične osebe imajo nekatere osebnostne značilnosti že pred opaznim hujšanjem: so zelo redni, domala vzorni, storilni in perfekcionistični. So telesno in psihično zelo aktivni, ukvarjajo se s športi, kjer se zahteva vztrajnost, aktivirajo se v šoli ali službi, manjši pomen pa dajejo medsebojni komunikaciji, se izolirajo iz družbe, predvsem pa nimajo potrebe po navezovanju partnerstva. Značilna je tudi družinska dinamika, vendar je disfunkcija družine običajno navzven prikrita (6).

Kadar je bolezen že resno napredovala, lahko osebo, ki trpi za anoreksijo nervozo, prepoznamo že po zunanjem videzu, saj je izjemno shujšana in daje videz okostnjaka. Poleg tega tako očitnega zunanjega znaka pa se pojavijo tudi drugi pokazatelji, ki opozarjajo na resnost bolezni. Za ustrezno hormonalno delovanje je nujno potrebna določena količina maščobe. Pri nekaterih dekletih pa se izguba menstruacije pojavi že pred nastopom bolezni, kar lahko pomeni, da igrajo psihični faktorji zelo pomembno vlogo pri sami bolezni (19).

Zmanjšane so tudi količine vseh telesnih sestavin (maščevja, mišic in okostja), notranji organi se povesijo. Prebavila so spremenjena od ustne votline naprej: pogost je karies, razjede želodčne sluznice, spremenjena je razteznost želodčne stene, čas praznjenja želodca je upočasnen. Pogosto je prisotna obstipacija zaradi manjše črevesne vsebine. Kronično stradanje povzroči maščobno infiltracijo jeter, lahko s spremenjenimi vrednostmi jetrnih encimov. Povečane so lahko obušesne slinavke. Srce oseb z anoreksijo je pogosto zmanjšano, stanjšana je srčna mišica, pogosta sta nizek krvni tlak in prolaps mitralne zaklopke. Pogosta je anemija, zmanjšana je količina kalija v serumu, kar ima lahko za posledico neritmično delovanje srca. Večina sprememb ob ustreznem zdravljenju lahko izzveni, nekatere pa so nepovratne (20).

3.2 Postavitev medicinske diagnoze

Mednarodna klasifikacija bolezni MKB-10 (v nadaljevanju MKB) ter diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj DSM-4 (v nadaljevanju DSM) vsebujeta posebni poglavji o motnjah hranjenja, v katerih so jasni diagnostični kriteriji, po katerih klasificiramo

resne motnje v vedenjskem vzorcu hranjenja kot anoreksijo in bulimijo nervozo. MKB-10 med splošna zdravstvena stanja prišteva tudi navadno debelost. Ta se v DSM-4 ne pojavlja, saj ponavadi ni v zvezi z psihološkimi ali vedenjskimi sindromi, če pa že je, je tedaj uvrščena med splošna zdravstvena stanja, na katere vplivajo psihološki faktorji (10).

Po DSM-4 imajo pacienti z anoreksijo več kot 15 % manjšo telesno težo od pričakovane, po MKB-10 pa je indeks telesne mase pri teh pacientih 17,5 ali manj.

Diagnoza se postavi po obeh klasifikacijah tudi tedaj, ko ima pacient tipično sliko anoreksije nervoze ob ustrezni telesni teži (10).

Diagnostični kriterij anoreksije nervoze (definicija anoreksije nervoze):

- oseba noče vzdrževati normalne telesne teže, značilen je padec telesne teže pod 15 % normalne teže,
- oseba se boji pridobiti telesno težo in noče biti zamaščena,
- oseba se počuti predebelo, lahko tudi samo zaradi dela telesa, čeprav je njena telesna teža znižana,
- odsotnost zadnjih treh menstruacij pri ženskah (11).

Diagnostični kriteriji za anoreksijo nervozo po DSM-4:

- odklon teže nad minimalno normalno ravno za starost in višino,
- močan strah pred pridobivanjem teže oziroma postati debel,
- motnje v doživljanju telesne teže ali telesnega videza (10).

Ena od glavnih značilnosti, potrebna za postavitev diagnoze, je amenoreja, ki je lahko primarna (pacientka sploh ne dobi menstruacije, ker se njeno hujšanje prične tako zgodaj) ali pa sekundarna (pacientka menstruacijo izgubi skupaj z izgubo določenega odstotka telesne teže) (6). Diagnoza se postavi tudi tedaj, ko ima dekle tipično sliko anoreksije nervoze ob ustrezni telesni teži, izpolnjeni pa so ostali pogoji za to bolezen (10, 21).

Za načrtovanje in potek zdravljenja ni ustrezno le poiskati bolezenskih znakov in motenega vedenja, ki se kaže v bolezni, pač pa je ob tem potrebno orisati pacientovo osebno stanje (10).

3.3 Zdravljenje anoreksije nervoze

Glede na multifaktorsko vzročnost je pomembno delovanje multidisciplinarne skupine, v kateri sodelujejo strokovnjaki z različnih strokovnih področij: specialist internist, pediater, pedopsihiater, klinični psiholog, klinični dietetik, medicinska sestra, zdravstveni tehnik, socialni delavec in ostalo osebje. Vsak član skupine deluje na svojem področju, hkrati pa med seboj sodelujejo, se posvetujejo in tako zagotavljajo kompleksno obravnavo, ki naj bo prilagojena vsakemu posamezniku in intenzivnosti njegove motnje. Ključni cilj zdravljenja anoreksije nervoze je vnovična vzpostavitev telesne teže in spremembe mišljenja na področju odnosa do telesa, hrane, učenja konstruktivnih načinov reševanja problemov. V te namene je potrebna obravnavo posameznika tako na somatskem področju s pomočjo posameznika pri pridobivanju telesne teže kot tudi psihoterapija z različnimi psihoterapevtskimi skupinami (21). Zdravljenje na somatskem in psihičnem področju naj bi potekalo sočasno, saj se ti področji med seboj prepletata in sta med seboj odvisni. Določena fizična stabilnost je potrebna, da lahko posameznik sodeluje v psihoterapiji, toda sočasno je potrebna tudi psihična pripravljenost posameznika za pridobivanje telesne teže, kar pomeni poskus motiviranja osebe za zdravljenje (pogovor, spodbuda s strani osebja s sočasnim hranjenjem, spodbuda sovrstnic z enakimi težavami, seznanjanje z zapleti kot posledicami hujšanja), v primeru odklanjanja zdravljenja kljub eksistenčni ogroženosti pa je potreben ukrep prisilne hospitalizacije, saj gre pri posamezniku za moteno dožemanje lastne telesne podobe (22).

4 PSIHIATRIČNA ZDRAVSTVENA NEGA

Zdravljenje in zdravstvena nega duševno bolnih sta bila vedno odvisna od odnosa obstoječe družbe do teh pacientov. O tem odnosu odloča razvoj vseh znanosti, zlasti zdravstvenih, odločajo družbeni odnosi in posebej vladajoča ideologija nekega časa. Razvoj psihiatrije kot stroke je oblikoval delo diplomirane medicinske sestre (v nadaljevanju MS) in njeno sedanjo vlogo v procesu zdravljenja duševno bolnih. MS je nepogrešljiv član multidisciplinarne skupine s specifičnimi nalogami (23).

Psihiatrična zdravstvena nega je specifično področje. Je oskrba ljudi s patološkimi, miselnimi procesi in drugimi motnjami osebnosti, ki se manifestirajo tako močno, da onemogočajo zdravo in normalno življenje. Naloga MS v psihiatrični službi je, da preprečuje te motnje in jih pomaga odstranjevati. Njihov glavni cilj pa je popolno duševno zdravje posameznika in družine v družbi (24).

4.1 Zdravstvena nega pacientov z motnjami hranjenja

Zdravstvena nega pacientov z motnjami hranjenja zahteva prizadevanje na fizičnem, psihičnem in socialnem področju zdravlja. Medicinska sestra, ki se odloči za delo z osebami z motnjami hranjenja, mora sprva razviti veliko mero pristne empatije (vživljanje v drugega), varne čustvene razdalje in potrpežljivosti, kajti koraki pri zdravljenju oseb z motnjami hranjenja so majhni in včasih celo dlje časa neopazni. Razumeti mora svoja pričakovanja in cilje (postaviti si mora realna pričakovanja), imeti posluh za čustveno doživljanje, hkrati pa razumeti pacientovo vedenje in izkušnje. Pacienta ne sme obsojati, zato je prvi pogoj, da zatre negativna prepričanja o motnjah hranjenja. Šele tako mu lahko uspešno pomaga (25).

4.2 Vloga medicinske sestre pri pacientih s težavami v duševnem zdravju

MS mora poznati psihiatrična obolenja, teorijo medsebojnih odnosov in komunikacijo, razumeti pacientovo duševnost, njegovo osebnost in neposredno okolje, pri tem pa mora pacienta spoštovati. Pristop k psihiatričnemu pacientu mora biti obziren, z veliko mero občutljivosti in zaupljivosti. MS mora k pacientu pristopiti z veliko mero razumevanja za

stisko, prijaznosti, topline, pozornosti, spoštljivosti, sprejemanja drugačnosti in hkrati odločnosti, vztrajnosti, doslednosti. Prav odločnost medicinske sestre je poglobitnega pomena, kajti le-ta v pacientih vzbudi občutek varnosti. Pacienti preverjajo trdnost, neomajnost in vztrajnost medicinske sestre in s tem razvijajo lastno neodvisnost in odgovornost (20). Nema lokrat se MS znajdejo tudi v svetovalni vlogi. Večkrat morajo posredovati med pacientom in zdravnikom, pogosto celo prevzamejo večji delež pri reševanju profesionalnih konfliktov glede odgovornosti do pacienta. Medicinske sestre imajo svoje delovno področje, na katerem delajo neodvisno (26).

Osnovna značilnost procesa zdravstvene nege (v nadaljevanju PZN) je ravno odnos med medicinsko sestro in pacientom. Glavni namen tega odnosa je pomagati pacientu do večje uspešnosti, kvalitete in zadovoljstva v življenju. PZN mora biti celovit in kontinuiran, kar pomeni, da se mora razširiti od simptoma motnje na osebnost pacienta v njegovem družinskem, delovnem in družbenem okolju. To pomeni sodelovanje s svojci, vključitev svojcev in bližnjega v okolje zdravstvene nege psihiatričnega pacienta (24).

Tako je v psihiatrični zdravstveni negi vloga medicinske sestre naslednja:

- pacienta in njegove svojce uči pravih interakcij, ustrezne komunikacije in ustreznih medsebojnih odnosov;
- daje informacije in svetuje pacientu ob njegovih notranjih konfliktih, bojznih in stiskah;
- vodi vsakodnevno življenje na oddelku, pacienta spodbuja in ga uči fizičnih, socialnih in družbenih aktivnosti;
- pomaga pacientu pri zadovoljevanju potreb po osnovnih življenjskih aktivnostih in izvaja diagnostično terapevtski program;
- zagotavlja pacientovo varnost;
- pacienta uči in spodbuja k čustvenemu izražanju;
- skrbi za terapevtsko vzdušje;
- je samostojna izvajalka ali sodelavka pri različnih oblikah individualnega in skupinskega dela s pacienti;
- deluje zdravstveno-vzgojno s pacientom, svojci in širšo skupnostjo;
- je pacientova sogovornica, svetovalka in njegov nadomestni najbližji, če je to potrebno.

Zdravstveno nego in oskrbo na psihiatričnih oddelkih in v drugih zdravstvenih ustanovah vedno vodi medicinska sestra (24).

Vsi pacienti se niso pripravljani spoprijeti s težko potjo k ozdravitvi, pa tudi njihovi cilji niso vedno skladni s tem, kar medicinska sestra meni, da je zanj dobro. Kljub temu ga mora nenehno spodbujati in njegovih odločitev ne sme obsojati. Prepričevanje pacienta o nasprotnem nima pozitivnega učinka, učinkovito je le spodbujanje posameznikove odgovornosti in sprejemanje posledic lastnih odločitev. Pacient bo med zdravljenjem bolj zavzet, če bo verjel v korist sprememb. Vloga medicinske sestre ni v tem, da pacienta prisili k opustitvi njegovih prehranjevalnih navad in ga nadzira, ampak da mu pomaga pri odločitvi, kako in kdaj je pripravljen navade opustiti (20).

4.2.1 Zdravstvena vzgoja in terapevtski pristop medicinske sestre

V okviru multidisciplinarne skupine se v obravnavi oseb z anoreksijo nervozo medicinska sestra vključuje v vse faze procesa zdravljenja, tako v vnovično pridobivanje telesne teže kot tudi v psihoterapijo in družinsko terapijo. Predvsem ima pomembno vlogo v bolnišnični obravnavi, saj je ves čas s pacientom in prav hospitalizacija predstavlja v večini primerov edini izhod iz začaranega kroga, v katerem se posameznik znajde (22).

Definicij za zdravstveno vzgojo je več, vendar je vsem skupno poudarjanje procesa učenja z oblikovanjem pozitivnih stališč, navad, oblik obnašanja in ne le znanja o zdravem načinu življenja. Torej je zdravstvena vzgoja proces, s pomočjo katerega se posamezniki in skupine učijo ravnati tako, da krepijo, ohranjajo in uveljavljajo zdravje. Zdravstvena vzgoja je kombinacija informacij in vzgojnih aktivnosti, ki osveščajo ljudi o potrebi, da ostanejo zdravi, da vedo, kako doseči zdravje, kaj storiti, da ostanejo zdravi, in kako iskati pomoč, kadar je potrebna (27). Zdravstvena vzgoja je nujna sestavina zdravstvene nege pacienta z motnjami hranjenja. V okviru izobraževalne skupine obravnava področja, na katerih se pojavljajo motnje, in spodbuja uporabo tehnik za samopomoč. Zaradi pacientove bolezni se pojavijo težave in motnje pri prehranjevanju, izločanju, ravnotežju med spanjem, počitkom in dejavnostjo, pri izražanju čustev in potreb, odnosu do svojega telesa, pri skrbi za urejenost. Pacient je aktiven član v procesu zdravstvene nege, zato medicinska sestra z njim načrtuje postopke. Upošteva posameznikove potrebe, želje in mnenja, spoštuje njegovo avtonomnost (20).

Terapevtski pristop pomeni začetek zdravljenja na psihodinamskem nivoju in poteka po principih kognitivne vedenjske terapije. Prične se delo na problemih. Potrebna je mesečna evalvacija - kje sem in kam grem. Načelno nima omejitve, običajno pa traja dva do tri mesece. V tem času se telesna teža stabilizira ali počasi narašča (2).

Pri psihodinamično orientiranem zdravljenju anoreksije nervoze, bodisi individualno, družinsko ali skupinsko, se mora terapevt oz. MS s posebnimi podiplomskimi znanji (v nadaljevanju MS – terapevt), truditi razumeti ozadje bolezni. Za pacienta anoreksija ni problem, zanj je ta bolezen rešitev, pa naj bo to še tako težko doumeti vpričo šibkega, izčrpanega, sestradanega otroka, ki je pred nami. Da bi pacientu lahko pomagal, mora MS -

terapevt najprej razumeti, za katere skrite probleme je izstradanje sebe rešitev. Kasneje mora to pomagati razumeti tudi pacientu (10).

Uspešnost zdravljenja motenj hranjenja je odvisna od motiviranosti za spremembo ter od pacientovega zaupanja do MS - terapevta. Prvi vtis oziroma začetni pogovor je za izid zdravljenja silno pomemben. MS - terapevt mora že pri prvem srečanju ponuditi pacientu možnost, da izrazi svoja čustva, strahove in pričakovanja, ki jih prinaša. V nasprotnem primeru se zaradi različnosti terapevtovih predpostavk in dejanskega doživljanja pacienta pojavi tveganje za nadaljnje zdravljenje (20).

4.2.2 Pomen terapevtske komunikacije

Komuniciranje zajema mnogo več kot le besedno izmenjavo. Poleg neverbalne komunikacije tako vizualne kot zvočne narave lahko komuniciranje vsebuje še širok spekter izrazov v obliki občutkov, imaginacij, dejanj in reakcij. Zdi se, da komuniciranje postane bolj bogato in bolj prepričljivo ravno na teh globljih nivojih zaznavanja. V sporazumevanju se odražajo pretekle in sedanje izkušnje, stališča in vrednostni sistemi vseh udeležencev. Torej ne le vsebina, temveč tudi način komuniciranja nadalje vpliva na razvoj občutkov, predstav, dejanj in odločitev. Zato ni naključje, da pacienti potrebujejo in pričakujejo posebno pozorno sporazumevanje v času svojega zdravljenja (28). Medicinska sestra mora negovati komunikacijo pacienta s samim seboj in z drugimi, ker je zanj interpersonalna komunikacija neprecenljive vrednosti (23).

Komunikacija v zdravstveni negi z razvojem stroke in uveljavljanjem sodobnih metod dela, ki aktivno vključuje pacienta, postaja vse bolj aktualna. Delo s pacientom in ne za pacienta je povezano s stalno komunikacijo. Komunikacija medicinske sestre s pacientom in terapevtski odnos sta osnova za kvaliteto zdravstvene nege pacienta z duševnimi motnjami. Medicinska sestra se mora zavedati, da komunikacija ni spontan, že naučen proces, ampak tudi terapevtska spretnost, ki se jo je potrebno učiti in tudi naučiti. Znati komunicirati pomeni prilagoditi svojo komunikacijo konkretnemu pacientu, konkretnemu cilju. Vse to seveda v kontekstu etičnih načel (29).

S pravilno komunikacijo dosežemo zaupanje sprejemanje, razumevanje, spoštovanje, samorazkrivanje in zaupnost (29).

4.3 PROCES ZDRAVSTVENE NEGE

Zdravstvena nega je z leti postajala vse bolj zahtevna in potrebe po zdravstveni negi so dan za dnem naraščale. Medicinske sestre so se znašle pred dilemo, kako čim bolj kakovostno opraviti svoje delo in hkrati izraziti svoja strokovna stališča. Uvedba procesne metode dela jim je omogočila sistematično delo, kritično presojanje in drugačen odnos do zdravstvene nege (30). PZN temelji na metodi ugotavljanja telesnih, duševnih in socialnih potreb posameznika, družine ali družbene skupnosti in je nasproten tradicionalni rutinski metodi, ko smo potrebe sami predvidevali (31).

PZN vključuje uporabo znanstvenih metod za ugotavljanje potreb varovancev, načrtovanje dela in zadovoljevanje potreb, izvajanje nege in vrednotenje dosežkov; določa prioritete glede na njihovo pomembnost za življenje, ozdravitev ali kakovost življenja in obliko nege, ter skrbi za materialne pogoje. Medicinska sestra izvaja zdravstveno nego neposredno (sama fizično opravlja naloge) ali posredno (organizira, nadzoruje, vrednoti). Vrednotenje dosežkov ji daje povratne informacije. Te naj bi vodile k izboljšavam v podobnih situacijah. Tako postaja zdravstvena nega dinamičen proces, ki je sposoben za prilagajanje in napredek (31).

PZN se začne, ko medicinska sestra stopi v stik s pacientom in ugotavlja njegov odnos in pričakovanja do zdravja. Medicinska sestra odkriva probleme pacienta. Ko spozna potrebe, mora s pacientom sistematično načrtovati zdravstveno nego, izvajati aktivnosti in ovrednotiti dosežke. Vse to izvaja v šestih glavnih fazah, ki jih imenujemo faze PZN:

- ugotavljanje potreb po zdravstveni negi,
- negovalna diagnoza,
- cilji,
- načrtovanje dela,
- izvajanje načrta zdravstvene nege,
- vrednotenje dosežkov in povratne informacije (30).

Da bi spoznali in uspešno zadovoljili vse posameznikove potrebe po zdravstveni negi, si moramo postaviti okvire za ugotavljanje potreb, na katerih bo temeljila zdravstvena nega. Zato zbiramo podatke o fizioloških funkcijah in potrebah pacienta o njegovem duševnem zdravju, o odnosu do zdravja in bolezni ter o pričakovanju v zvezi z njim, o družinskem,

socialnem in kulturnem okolju ter o svetovnem nazoru. S sistematičnim delom moramo pridobiti popolno sliko o svojem pacientu (30).

4.3.1 Negovalna diagnoza in njen pomen

Negovalna diagnoza je rezultat sistematičnega zbiranja podatkov in njihove analize o potrebah po zdravstveni negi za posameznika kot tudi za družino ali za lokalno skupnost.

Do uporabe diagnoz pridemo s štirimi dejavnostmi:

- zbiranje informacij,
- interpretacija informacij,
- smiselno grupiranje interpretiranih informacij,
- poimenovanje negovalnih diagnoz (32).

Definiciji negovalne diagnoze:

- negovalna diagnoza je klinična presoja o odzivu posameznika, družine ali skupnosti na dejanske ali možne zdravstvene probleme in življenjske procese. Negovalna diagnoza je osnova terapevtskim postopkom, ki vodijo do rezultatov, za katere je odgovorna medicinska sestra (32);
- negovalna diagnoza je klinična slika posameznika, družine ali skupnosti, ki izhaja iz sistematičnega zbiranja podatkov in njihove analize. Daje možnost odločitve za tiste aktivnosti, za katere je odgovorna medicinska sestra. Je natančna in vključuje tudi etiologijo določenega stanja, če je znana (32).

Negovalne diagnoze so obravnavane primarno z metodami zdravstvene nege in zanje so odgovorne medicinske sestre. Kadar pa kakšna diagnoza ne zadeva le zdravstvene nege, moramo predstaviti problem medicinskim strokovnjakom. Tipično za negovalne diagnoze je, da situacije, ki vodijo v določene probleme, raziskujejo medicinske sestre (32).

Ko imamo za posamezna področja zdravstvene nege izdelane standarde, lahko vnaprej postavimo okvirje za delo, in sicer za tista področja, kjer so določene aktivnosti potrebne za vsakega pacienta, družino ali lokalno skupnost z enakimi potrebami oziroma problemi. Na ta način nam ostaja več časa za individualizacijo načrta zdravstvene nege v delu, kjer so potrebe

po zdravstveni negi ali negovalni problemi izraženi zaradi specifičnosti vsakega posameznika ali skupine (33).

Negovalna diagnoza je običajno sestavljena iz treh delov. Ti so problem (P), etiologija (E) in simptomi (S):

- problem predstavlja oviro, težavo, reakcijo in/ali omejitev, ki je za človeka pomembna, saj vpliva na njegovo funkcioniranje s samim seboj in drugimi v socialnem okolju. Jedro problema odkrijemo z negovalno anamnezo in na ta način izoliramo ključni pojem. Ta del negovalne diagnoze je sestavljen iz glavne besede (problema) in besed, ki jo razumljivo in natančno opisujejo. Procesna metoda dela v zdravstveni negi omogoča in zahteva odkrivanje ter natančno poimenovanje aktualnih, potencialnih in drugih problemov. Zapis delujočih, pomožnih ali grozečih etioloških dejavnikov predstavlja drugi del negovalne diagnoze;
- etiološki dejavniki dajejo odgovor na vprašanje, zaradi česa se je določen problem pojavil, ter opredelijo vzroke s patopsihološkimi, osebnimi, situacijskimi in razvojno pogojenimi dejavniki, upoštevajoč interakcije in življenjsko okolje pacienta. Identificiramo jih na osnovi negovalne anamneze, strokovnega znanja, poznavanja pacienta in vzrokov za njegove reakcije;
- tretji del negovalne diagnoze predstavljajo prepoznavni, vidni, izraženi simptomi, znaki subjektivne in objektivne narave, ki pomagajo pri identifikaciji določenega problema. Znake formuliramo preko vprašanja, kako oziroma s katerimi znaki se kaže določen problem (30).

Pomen negovalne diagnoze

Negovalna diagnoza omogoča sistematično vodenje zdravstvene nege, celostno obravnavo pacienta, spodbuja komunikacijo na vseh ravneh, razvija strokovni jezik in dokumentira postavke za nadaljnje aktivnosti zdravstvene nege. Razlogi za oblikovanje negovalnih diagnoz so povezani z definiranjem negovalnih problemov, s poenotenjem strokovnega jezika, natančnim načrtovanjem in večjo pregledanostjo aktivnosti zdravstvene nege (30).

Negovalna diagnoza ima dva povezana pomena:

- negovalna diagnoza je aktivnost, proces analiziranja zbranih podatkov, ki nas privede do negovalne diagnoze;
- negovalna diagnoza je oznaka, ki opisuje pacientove odgovore na aktualne ali potencialne zdravstvene probleme (30).

Razlika med negovalno in medicinsko diagnozo

Negovalna diagnoza je povezana z neodvisnim delovanjem medicinske sestre na področju zdravstvenega varstva, ki je edinstven za zdravstveno nego. V povezavi z medicinsko diagnozo medicinske sestre sodelujejo z zdravniki pri izvajanju diagnostično-terapevtskega programa zdravljenja.

Tako negovalna kot medicinska diagnoza sta postavljeni na osnovi podatkov. Negovalna diagnoza sloni na holističnih podatkih, medtem ko medicinska diagnoza sloni na podatkih, ki so značilni za nek organ ali bolezen. Medicinska diagnoza opisuje bolezen ali patologijo, negovalna diagnoza pa opisuje pacientov odgovor na zdravstveni problem (30).

5 EMPIRIČNI DEL – ŠTUDIJA PRIMERA PACIENTKE Z ANOREKSIJO NERVOZO

5.1 Namen in cilj diplomske naloge

Namen diplomske naloge je v empiričnem delu predstaviti študijo primera pacientke z anoreksijo nervozo.

Cilj in namen diplomske naloge je predstaviti študijo primera skozi procesno metodo dela z naborom značilnih negovalnih diagnoz. Za ugotavljanje potreb pacienta in za opis negovalne anamneze smo uporabili funkcionalne vzorce zdravega obnašanja po *Priročniku negovalnih diagnoz* avtorice Marjory Gordon. Marjory Gordon je pionirka na področju negovalnih diagnoz in avtorica večine negovalnih diagnoz, ki jih je objavila NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

5.2 Hipoteza

Postavili smo si delovno hipotezo, ki smo jo preverjali z analizo študije primera pacientke z anoreksijo nervozo:

- medicinska sestra ima aktivno vlogo v procesu zdravstvene nege ter s tem pomembno vpliva na kakovost življenja pacienta z anoreksijo nervozo.

5.3 Materiali in metode

Uporabljena je bila opisna metoda raziskovanja na osnovi analize kvalitativnih podatkov. Vir podatkov so bili posneti odgovori na vprašanja, ki smo jih pridobili s pomočjo strukturiranega intervjuja in neposredno z opazovanjem. Opravljen je bil razgovor z vodjo zdravstvene nege na oddelku za mentalno zdravje (dipl. m. s.) - enota za zdravljenje motenj hranjenja Psihiatrične klinike v Ljubljani.

Vprašanja za strukturirani intervju: (funkcionalni vzorci zdravega obnašanja)

Osnovni podatki.

Odnos do lastnega zdravja – vzorci zdravega obnašanja:

- Splošno zdravstveno stanje
- Prehladi v preteklosti
- Poškodbe
- Ali ste v preteklosti lahko sledili nasvetom zdravnikov in medicinskih sester?
- Kaj mislite, da je povzročilo vašo bolezen? Kaj ste storili, ko ste opazili prve simptome? Kakšni so bili rezultati?
- Kaj je za vas pomembno, dokler ste v naši oskrbi?

Prehrambeni in metabolični procesi:

- Tipična prehrana enega dneva – opišite jo.
- Tipična zaužita tekočina tekočin na dan – opišite.
- Pridobivanje ali izgubljanje teže?
- Appetit?
- Napreduje zdravljenje hitro ali počasi?
- Težave s kožo, poškodbe, suha koža?

Izločanje:

- Izločanje blata, težave z nadzorom izločanja, odvajala?
- Izločanje urina?

Fizična aktivnost:

- Imate dovolj energije za potrebe in želene aktivnosti?
- Vzorci fizičnih aktivnosti?
- Zmožnost izvajanja določenih aktivnosti?

Počitek, spanje:

- Ali ste spočiti in pripravljeni na dnevne aktivnosti?
- Ali težko zaspate?

Kognitivni procesi:

- Ali slabo slišite?
- Ali nosite očala?
- Imate težave z učenjem?

Zaznavanje samega sebe:

- Kako bi se opisali?
- Ali doživljate spremembe v svojem telesu ali v sposobnosti funkcioniranja?
- Kakšne spremembe doživljate v zvezi s seboj ali s svojim telesom?
- Ste depresivni?
- Ali se vam zgodi, da izgubite upanje? Da ne morete več nadzorovati svojega življenja?

Družbena vloga in medsebojni odnosi:

- Živate sami, z družino, v partnerski skupnosti?
- Kako vaša družina navadno rešuje probleme?

Spolni – reproduktivni sistem:

- Ali uporabljate kontracepcijska sredstva?
- Menstrualne težave?

Obvladovanje stresnih situacij:

- Ali ste v zadnjih dveh letih doživeli kakšne velike spremembe, krize?
- S kom najlažje govorite o težavah?
- Kadar imate težave v življenju, kako se jih lotevate?

Vrednostni sistem:

- Vaši pomembni načrti za prihodnost?
- Ali je religija v vašem življenju pomembna?

5.3.1 Zbiranje podatkov in opis dela

Razgovor se je nanašal na obdobje hospitalizacije. Strukturirani intervju je bil opravljen po predhodnem dogovoru na domu pacientke v raziskavi. Pred izvedbo intervjuja smo pacientki

razložili potek in namen raziskave ter ji zagotovili anonimnost. Za izvedbo raziskave smo od pacientke pridobili ustno privolitev. Pogovor je bil posnet in kasneje prepisan s transkripcijo. Na osnovi transkripcij je bila kasneje izpisana analiza podatkov in načrt zdravstvene nege na podlagi negovalnih diagnoz.

5.4 ŠTUDIJA PRIMERA

V diplomski nalogi smo prikazali primer 20-letnega dekleta, ki je bilo 6. 11. 2007 sprejeto na otroški oddelek Splošne bolnišnice »Dr. Franca Derganca« Nova Gorica zaradi velike izgube telesne teže.

Negovalna anamneza

Pacientka je stara 20 let in se zdravi za anoreksijo nervozo. Prihaja iz mesta na Primorskem. Končala je srednjo šolo in sedaj uspešno nadaljuje svoje izobraževanje na študijski smeri Gospodarski inženiring Poslovno-tehniške fakultete Univerze v Novi Gorici. Pacientka je samska in živi s starši. Odraščala je v družini s sedmimi otroki.

Strukturirani intervju je bil opravljen 8. 9. 2008 na domu pacientke. Potek bolezni je opisan po tipologiji vzorcev zdravega obnašanja, ki jih uporabljamo ob negovalni anamnezi in za razvrščanje negovalnih diagnoz na podlagi retrogradnih podatkov.

5.4.1 Potek intervjuja s pacientko

Pacientko sem po predhodnem telefonskem dogovoru obiskala na domu. Vidno nasmejana me je sprejela naprej in povabila v svojo sobo, da naju ne bi nihče motil. Najprej sva spile kavo in se začele sproščeno pogovarjati o vsakdanjih stvareh. Bila je zelo sproščena in nasmejana. Najinega srečanja nisem začela takoj z izvedbo strukturiranega intervjuja. Pogovor sem začela vrteti okrog glasbe, ki jo pacientka posluša. Tako sem ji šele po dobrih 20 minutah pogovora omenila, da bi lahko začele z intervjujem. Povedala sem ji tudi, da, če ji bo nerodno ali težko odgovarjati na določena vprašanja, naj mi to pove. Bila sem presenečena, ko mi je brez zadržkov povedala, da ji o bolezni ni težko govoriti in naj tudi meni ne bo nerodno karkoli vprašati. Tako sem začela z vprašanji, najprej bolj splošnimi, da se je pacientka privadila na potek intervjuja. Skozi celoten intervju je bila pacientka zelo sproščena in brez zadržkov je

odgovarjala na vsa zastavljena vprašanja. Pogovor je lepo stekel, sam intervju pa je trajal približno eno uro. Po intervjuju pa sem ostala pri njej še nekaj časa, saj naju je pogovor zanesel še na tematiko šole in študentskega dela.

Najbolj me je pritegnilo, ko mi je pacientka začela pripovedovati o odnosih medicinskih sester v bolnišnici. Vidno razočarana je težko povedala, da je sestre niso razumele in da so ji nekatere tudi omenile, da je sama kriva za bolezen. Zaradi začetnega surovega pristopa medicinskih sester do nje ni hotela z nobeno vzpostaviti nikakršnega stika. Skozi celotno hospitalizacijo so jo sestre obravnavale na tak način, kot da jim je pacientka z anoreksijo nervozo v dodatno breme. Počutila se je odrinjeno ter kaznovano s strani medicinskih sester. Zaradi tega je krivila mamo, ker jo je v bolnišnico pripeljala. O nadaljnjem zdravljenju na psihiatrični kliniki ni razmišljala, zato je pristala le na obiske psihiatra, s katerim je imela v bolnišnici dober odnos.

5.4.2 Predstavitev vzorcev zdravega obnašanja

Odnos do lastnega zdravja

Splošno zdravstveno stanje pacientke ni najbolj dobro. Omeni, da jo velikokrat boli želodec ter da zaradi tega **je** večkrat po malo. V šoli je bila večkrat odsotna zaradi prehladnih obolenj, ki so bili povezani z veliko izgubo telesne teže. V času bolezni je pacientka imela težave s prstom na roki, ki si ga je poškodovala pri padcu.

Nasvetom zdravnika in psihiatra v splošni bolnišnici je sledila zaradi strahu pred smrtjo. Postalo jo je zelo strah, ko ji je zdravnik pediater omenil, da pri anoreksiji nervozi obstajajo smrtni primeri. Glede medicinskih sester pa je bila zelo razočarana. V bolnišnici je niso razumele.

Pred izgubo telesne teže je pri 170 centimetrih višine tehtala 65 kilogramov. Pove, da je kilograme pričela izgubljati takrat, ko jo je zapustil fant. V prvem mesecu, ki je sledil, je izgubila 5 kilogramov. Tega, kot pravi, ni načrtovala in nadaljuje, da je bil razlog za to njeno depresivno stanje. Ko je ugotovila, da se kilogrami zmanjšujejo, se je odločila, da bo s tem nadaljevala načrtno, saj je predvidevala, da bo le tako bivšemu fantu spet začela ugajati. Pred tem nikoli ni imela težav s telesno težo, nikoli se ni posluževala diet. Njene težave so se začele pojavljati, ko je mesec za tem izgubila še dodatnih 20 kilogramov, kar je opazila njena mama in jo pod pretvezo odpeljala k splošnemu zdravniku, ki jo je takoj poslal v bolnišnico.

Sprejeli so jo na pediatrični oddelek v šempetrski bolnišnici Dr. Franca Derganca. in jo tam obdržali tri tedne.

Prehrambeni in metabolični procesi

Njena tipična prehrana v času hujšanja je bila le sadje, ki si ga je privoščila samo za kosilo. Največkrat je pojedla jabolko. Za večerjo pa je zaradi kontrole mame pojedla nekaj zelenjave, pri čemer ji je omenila, da je za večerjo bolj zdravo pojesti nekaj lažje hrane. Če pa mame ni bilo zraven, ko je jedla večerjo, je hrano neopazno vrgla stran ali pa nazaj v lonec. Zajtrka in malic ni imela. S časom je izgubila apetit, hkrati pa so se začeli problemi, ker ni več hodila na stranišče. To jo je začelo skrbeti, zato si je začela kuhati nesladkane čaje. Popila je približno 1500 ml tekočine dnevno.

Težo je hitro zgubljala, prvi mesec je shujšala za 5 kg, drugi mesec pa je po načrtnem hujšanju izgubila še 20 kg.

Zdravila se je tri tedne v Splošni bolnišnici »Dr. Franca Derganca« Nova Gorica. V bolnišnici ji je bila aplicirana infuzija 2000 ml dnevno. Tekla ji je več dni. V bolnišnici je bil že po prvem tednu viden napredek pri zdravljenju, saj je na teži pridobila dober kilogram, za kar je bila tudi sama zadovoljna. Omenili so ji, da je to le zaradi tega, ker je zdravljenje sprejela in se trudi jesti obroke. Tako je pričela z enim sadjem za zajtrk, različne juhe pa je jedla za kosilo in večerjo. Povedala je, da gre zahvala psihiatru, za katerega se je kasneje tudi odločila za nadaljnje zdravljenje, in sicer samoplačniško. Obiskovala ga je šest mesecev, tudi večkrat na teden. Sedaj hodi na pogovore le enkrat mesečno, ima pa tudi ambulantne splošne preglede vsake tri mesece, kjer jo stehtajo, izmerijo vitalne funkcije ter ji pregledajo kri.

Pacientka je v času bolezni imela tudi probleme z kožo, ki je s časom postajala suha, tudi lasje so ji začeli izpadati.

Izločanje

Doma je s časom ugotovila, da ne odvaja več, tudi na vodo ni šla po več dni. Zato si je začela kuhati nesladkane čaje. V bolnišnici so ji zaradi obstipacije predpisali odvajala. Z odvajali je v času hospitalizacije odvajala na tri dni.

Fizična aktivnost

Povedala je, da je bila v času bolezni tako izčrpana, da na telesne aktivnosti ni niti pomislila, večjih fizičnih aktivnosti sploh ni bila sposobna. Za pomoč pri osebni higieni doma je skrbela njena mama ali pa njene sestre, saj zaradi oslabelosti ni bila zmožna stati na nogah. V

bolnišnici je na začetku potrebovala pomoč pri oblačenju in slačenju ter spremstvo pri hoji do sanitarij. Ko ni potrebovala več infuzije, je to počela sama.

Počitek in spanje

Pacientka je imela težave s spanjem doma in v bolnišnici. Težko je zaspala in ponoči se je velikokrat zbujala. Povedala je, da je bilo hudo, ko je bila utrujena in ni mogla spati. Sicer pa je poležavala cele dneve, a kljub temu je bila vedno utrujena. Brez moči in volje do življenja se je začela zapirati vase.

Kognitivni procesi

V času bolezni z vidom in sluhom ni imela težav. Imela pa je težave z učenjem in koncentracijo. Šolo je v času bolezni za določen čas dala na stranski tir, saj je vso voljo do učenja in spoznavanja novih stvari izgubila.

Zaznavanje samega sebe

Pacientka se je v času bolezni počutila manjvredna od ostalih. V ogledalo se ni pogledala več, ker si ni bila všeč. Sama sebi se je gnusila. Pestili so jo občutki krivde in manjvrednosti. Samospoštovanje je bilo nizko, predvsem je bila nizka samopodoba. Kot pravi, je bila depresivna. Pove tudi, da je bila nesposobna nadzorovanja same sebe in bila je nemočna pri nadzorovanju hranjenja. Na trenutke se ji je zazdelo, da je izgubila upanje prav v vse.

Družbena vloga in medsebojni procesi

Pacientka je samska in živi s starši. Družina ji je v času bolezni vedno stala ob strani, jo spodbujala, ji pomagala. Še sedaj je tako in doda, da so zelo navezani eden na drugega. Probleme v družini vedno rešujejo skupaj za mizo, kjer se o problemu konkretno pogovorijo, nato pa poiščejo ustrezno pot do reševanja nastale situacije. V času hospitalizacije bližnjih ni prenesla, najraje je bila sama. Zaradi sramu se je zapirala vase. Mami je takrat zamerila, da jo je pod pretvezo odpeljala k zdravniku.

Spolni – reproduktivni proces

V času bolezni je imela menstrualne težave, ko je menstruacijo izgubila, zato ima danes predpisano kontracepcijo, kljub kateri še vedno nima urejene menstruacije.

Na spolnost v času bolezni ni pomislila in si je ni želela.

Obvladovanje stresnih situacij

Neprijetnim dogodkom in stresu se ni znala izogniti. Tudi s težavami se ni znala spoprijeti, saj je bila psihično in fizično čisto na tleh. Ko je bilo stresnih situacij preveč, se je začela zapirati vase. Čas je preživljala sama, zaprta v sobi, na začetku hospitalizacije ni želela druženja z nikomer, ne s prijatelji ne z osebjem oddelka. Najraje o težavah govori s svojimi domačimi. Izpostavi mamo, na katero je še posebej navezana. Težav se nikoli ne loti sama, vedno najprej o tem obvesti starše in še enkrat pove, da so zelo enotni kot družina in da so pri njej doma vajeni, da si med seboj vedno vse povejo in si med seboj pomagajo.

Vrednostni sistem

Pravi, da ima sanje tako kot vsak drug. Želi si veliko družino, fanta oziroma moža, ki jo bo podpiral in ji stal ob strani ter želi za njega biti edina. Ne skriva tega, da si uspešno želi končati šolo in dobiti dobro službo ter postati uspešna ženska.

V njenem življenju je velikega pomena tudi vera. Zato se večkrat zateče v cerkev, kjer se pogovori z Bogom, kar ji pomaga, da si olajša dušo in se potem bolje počuti.

5.4.3 Predstavitev razgovora z vodjo zdravstvene nege na Oddelku za mentalno zdravje Psihiatrične klinike v Ljubljani na enoti za zdravljenje motenj hranjenja

Na Psihiatrično kliniko v Ljubljani (enota za zdravljenje motenj hranjenja) sem se odpravila k vodji oddelka za mentalno zdravje na razgovor o aktivni vlogi medicinske sestre v procesu zdravstvene nege (vzpostavitev empatije, pristop medicinske sestre do pacienta, pomen terapevtske komunikacije ...).

Razložila mi je, da zdravstvena nega bolnikov z motnjami hranjenja zahteva prizadevanje na fizičnem, psihičnem in socialnem področju zdravja. Medicinska sestra, ki se odloči za delo z osebami z motnjami hranjenja, mora sprva razviti veliko mero pristne empatije (vživljanje v drugega), varne čustvene razdalje in potrpežljivosti, kajti koraki pri zdravljenju oseb z motnjami hranjenja so majhni in včasih celo dlje časa neopazni. Razumeti mora svoja pričakovanja in cilje (postaviti si mora realna pričakovanja), imeti posluš za čustveno doživljanje, hkrati pa razumeti bolnikovo vedenje in izkušnje. Bolnika ne sme obsojati, zato je prvi pogoj, da zatre negativna prepričanja o motnjah hranjenja. Šele tako mu lahko uspešno pomaga (25).

Povedala je tudi, da mora medicinska sestra k pacientu pristopiti z veliko mero razumevanja za stisko, prijaznosti, topline, pozornosti, spoštljivosti, sprejemanja drugačnosti in hkrati odločnosti, vztrajnosti, doslednosti. Prav odločnost medicinske sestre je poglobitnega pomena, kajti le-ta v pacientih vzbudi občutek varnosti. Pacienti preverjajo trdnost, neomajnost in vztrajnost medicinske sestre in s tem razvijajo lastno neodvisnost in odgovornost. Medicinska sestra mora pacientu zagotoviti varno, podporno in strukturirano (postavljati mora meje) okolje (25).

S pogovorom mora pacienta motivirati, spodbujati, razbremenjevati, mu pomagati in ga spodbujati pri vseh življenjskih aktivnostih. To čustveno zahtevno delo zahteva od medicinske sestre aktivno poslušanje, pogovarjanje in prisotnost. Le tako si lahko pridobi pacientovo zaupanje za sodelovanje med zdravljenjem. Vsi pacienti se niso pripravljani spoprijeti s težko potjo k ozdravitvi, pa tudi pacientovi cilji niso vedno skladni s tem, kar medicinska sestra meni, da je zanj dobro. Kljub temu ga mora nenehno spodbujati in njegovih odločitev ne sme obsojati. Prepričevanje pacienta o nasprotnem nima pozitivnega učinka, učinkovito je le spodbujanje posameznikove odgovornosti in sprejemanje posledic lastnih odločitev. Pacient bo med zdravljenjem bolj zavzet, če bo verjel v korist sprememb. Vloga medicinske sestre ni v tem, da pacienta prisili k opustitvi njegovih prehranjevalnih navad in ga nadzira, ampak da mu pomaga pri odločitvi, kako in kdaj je pripravljen navade opustiti. Pri celostni obravnavi pacienta z motnjami hranjenja je nujno sodelovati s pacientovimi svojci, zato se jih vključuje v zdravstveno vzgojo. Imajo pomembno vlogo pri spreminjanju osebe z motnjami hranjenja, saj jo spodbujajo in podpirajo med zdravljenjem (25).

6 PRIKAZ VLOGE IN PRISTOPA MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI PACIENTKE Z ANOREKSIJO NERVOZO

Glede na ugotovljene potrebe o vzorcih zdravega obnašanja smo v nadaljevanju procesa zdravstvene nege postavili naslednje negovalne diagnoze.

Negovalna diagnoza 1: neuravnovešena prehrana, manj kot telo potrebuje, prehrambeni deficit (32).

Opredelitev:

uživanje premalo hrane v primerjavi z metaboličnimi potrebami.

Vzroki:	Simptomi (kažejo se kot):
<ul style="list-style-type: none">• nesposobnost ohranjanja zdravja,• pomanjkanje apetita,• motnje hranjenja,• pomanjkanje znanja o bolezni (po dnevnih potrebah o prehrani),• duševni stres zaradi bolezni.	<ul style="list-style-type: none">• izguba telesne teže za 25 kg,• redno preskakovanje obrokov,• prehranjevanje z neustrezno izbrano hrano,• pešanje socialnih stikov, umikanje v samoto.

Cilji:

- pacientka bo vzdrževala stabilno telesno težo,
- pacientka bo redno uživala obroke hrane med sobolniki,
- pacientka se bo vključevala v psihoterapevtske dejavnosti.

Negovalne intervencije:

- narediti individualni prehranjevalni načrt,
- pacientko spodbujati k zaužitju rednih obrokov petkrat dnevno ter k pisanju dnevnika zaužite hrane,
- pacientko spodbujati k beleženju dejavnosti in občutkov,
- pacientko poučiti o pomenu uravnotežene prehrane,
- pacientki zagotavljati podporo in pohvalo pri uspehu,
- beleženje količine zaužite hrane in tekočine na list balance tekočin,
- dnevno tehtanje pacientke.

Negovalna diagnoza 2: telesna podoba, moteno doživljanje telesne podobe (32).

Opredelitev:

negativni občutki v zvezi z izgledom, funkcijo ali omejitvami lastnega telesa ali telesnih delov.

Vzroki:	Simptomi (kažejo se kot):
<ul style="list-style-type: none">• občutek nepopolnosti,• izguba zaupanja vase,• spremenjeno doživljanje samega sebe.	<ul style="list-style-type: none">• zapiranje vase,• verbalno izraženi občutki nemoči v odnosu do lastnega telesa,• hujšanje,• spremenjen odnos do lastne telesne podobe.

Cilji:

- pacientka bo izražala svoje občutke in potrebe,
- pacientka se bo začela zavedati svojih vrlin, izražala bo svoje občutke na sprejemljivejši način,
- pacientka se bo redno vključevala v aktivnosti na oddelku.

Negovalne intervencije:

- pacientko spodbuditi k razgovoru o občutkih, o doživljanju lastnega telesa, o njenih stiskah in težavah,
- pacientko spodbuditi k pisanju dnevnika.

Negovalna diagnoza 3: samospoštovanje, nevarnost nizkega samospoštovanja zaradi določene situacije (32).

Oprelitev:

prisotnost dejavnikov tveganja za negativno sprejemanje samega sebe v odnosu do določene situacije.

Vzroki:	Simptomi (kažejo se kot):
<ul style="list-style-type: none">• bolezen,• razočaranje v ljubezni,• nizko samospoštovanje.	<ul style="list-style-type: none">• pacientka se ne spoštuje,• pacientka zavrača prijatelje.

Cilji:

- pacientka se bo počutila varno in sprejeto, vzpostavila bo stike s sobolniki in zdravstvenim osebjem,
- pacientka bo prostovoljno izražala svoje občutke,
- pacientka bo dosegla večjo stopnjo samospoštovanja,
- pacientka bo deležna razumevanja in podpore s strani svojcev.

Negovalne intervencije:

- pacientki zagotoviti varno okolje,
- pacientko spodbuditi k izražanju čustev in potreb,
- pomoč svojcev k boljšemu razumevanju mladostnikove stiske,
- vključitev svojcev v psihoterapevtsko skupino.

Negovalna diagnoza 4: utrujenost (32).

Opredelitev:

prevladujoč občutek izčrpanosti, zmanjšana možnost za normalne telesne in duševne aktivnosti.

Vzroki:	Simptomi (kažejo se kot):
<ul style="list-style-type: none">• pomanjkanje spanja,• slaba telesna kondicija,• neurejen ritem spanja,• depresivno stanje.	<ul style="list-style-type: none">• utrujenost, izčrpanost,• temni kolobarji pod očmi,• nesposobnost za katerokoli aktivnost.

Cilji:

- pacientka bo spočita,
- pacientka bo imela urejen ritem spanja,
- pacientka bo čez dan aktivna po svojih zmožnostih.

Negovalne intervencije:

- pogovoriti se s pacientko o njenem vzorcu spanja,
- pacientko vzpodbuditi, da je čez dan aktivna, in jo vključiti v aktivnosti na oddelku, ki ne vsebujejo telesne vadbe.

Negovalna diagnoza 5: samo nega, zmanjšana zmožnost samostojnega oblačenja in osebnega urejanja (potrebuje pomoč druge osebe, nadzor in poučevanje) (32).

Oprelitev:

nepopolna sposobnost oblačenja in osebnega urejanja.

Vzroki:	Simptomi (kažejo se kot):
<ul style="list-style-type: none">• zmanjšana sposobnost telesne aktivnosti,• hitra izguba telesne teže v kratkem času,• pomanjkanje ali odsotnost motivacije,• oslabelost.	<ul style="list-style-type: none">• nesposobnost oblačenja ali slačenja zgornjega dela telesa,• nesposobnost oblačenja oz. obuvanja spodnjega dela telesa (nogavice, copate).

Cilji:

- pacientka bo urejena in primerno oblečena,
- pacientka bo po svojih zmožnostih sodelovala pri aktivnostih,
- pacientka bo zadovoljna in motivirana.

Negovalne intervencije:

- z ustreznim pristopom pridobiti zaupanje in sodelovanje pacientke,
- pacientko spodbujati, da naredi sama kar zmore,
- zagotoviti pacientki pomoč pri oblačenju in slačenju ter ohranjanju urejenega videza.

Vrednotenje je zaključna faza v procesu zdravstvene nege. V tej fazi realiziramo načrtovane cilje. Ker pa nismo bili navzoči pri zaključni fazi, smo vrednotenje v procesu zdravstvene nege pacientke z anoreksijo nervozo izpustili.

7 RAZPRAVA

V študiji primera smo z analizo podatkov potrdili negovalne probleme pri pacientki z anoreksijo nervozo, ki so v povezavi s teoretičnimi izhodišči izpostavljeni pri večini pacientov s to motnjo hranjenja. Izpostavili smo naslednje negovalne probleme:

- neuravnotežena prehrana,
- motena samopodoba,
- nizko samospoštovanje,
- splošna utrujenost,
- deficit v osebni negi.

Naše ugotovitve lahko potrdimo tudi z rezultati drugih študij, ki pri pacientih z anoreksijo nervozo najpogosteje ugotavljajo naslednje probleme:

- slaba prehrana,
- nizko samospoštovanje,
- zapiranje vase,
- utrujenost,
- moteno odvajanje (6, 18).

V procesu zbiranja podatkov smo s pacientko vzpostavili zaupen odnos in dobro terapevtsko komunikacijo. Na osnovi zbiranja in analize kvalitativnih podatkov smo ugotovili, kako pomembna je interakcija medicinske sestre s pacientom. Ugotovili smo, da medicinska sestra v procesu zdravstvene nege, ko ugotavlja in rešuje probleme pacienta, lahko pomembno vpliva na zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege ter tako omogoča individualno in celovito obravnavo pacienta z anoreksijo nervozo. Medicinska sestra ima pomemben vpliv na pacienta, saj z njim preživi veliko časa, zaradi česar si mora pridobiti tudi pacientovo zaupanje. Pomembnost dobre terapevtske komunikacije nam potrdi tudi vodja zdravstvene nege na oddelku za mentalno zdravje – enota za motnje hranjenja. Medicinska sestra ima pomembno vlogo v procesu zdravstvene nege ter s tem pomembno vpliva na pacienta z anoreksijo nervozo. Sposobnost empatije omogoči zaupen odnos ter sprejetost pacientke kot individualne in celovite osebnosti. Komunikacija v zdravstveni negi je sestavni del procesa

zdravstvene nege. Delo s pacienti z anoreksijo nervozo zahteva od medicinske sestre sposobnost empatije, dodatna znanja in velik psihični napor.

S študijo primera lahko hipotezo kvalitativno potrdimo, saj smo po pogovoru s pacientko, z analizo kvalitativnih podatkov študije primera pacientke z anoreksijo nervozo, ter z razgovorom z vodjo zdravstvene nege na oddelku za mentalno zdravje – enota za motnje hranjenja v Ljubljani ugotovili pomen vpliva medicinske sestre na pacienta ter pomen vpliva terapevtske komunikacije.

Prav tako smo v analizi podatkov iz študije primera lahko ugotovili, kako pomembna je bila v času hospitalizacije terapevtska komunikacija v splošni bolnišnici. Na doživljanje pacientke in svoje bolezni je pomembno vplivala interakcija z zdravstveno negovalnim osebjem v bolnišnici, kjer se je zdravila zaradi zdravstvenih zapletov bolezni. Počutila se je nesprejeto, in bila je v zaničanju svojih težav. To je pogosta ovira pri pacientih z anoreksijo nervozo za nadaljnjo obravnavo, zaničanje bolezni in posledic onemogoča psihiatrično zdravljenje in terapevtsko obravnavo. V tej fazi zdravljenja bi bilo terapevtsko vodenje in timski pristop zelo pomemben..

Pacientka, ki je bila zdravljena v splošni bolnišnici, je nadaljnje zdravljenje na psihiatrični kliniki odklonila. Lahko predpostavljamo, da bi boljša terapevtska komunikacija pripomogla k odločitvi. Doživela je negativen odnos medicinskih sester do nje, ni doživela dovolj spodbud in občutka, da ji v težavah lahko pomagajo, doživela je neetičen odnos zdravstvenega osebja. Prav tako je občutila tudi jezo do svoje mame, ker jo je pripeljala v bolnišnico. Indikacija za sprejem pacienta v psihiatrično bolnišnico na intenzivno obravnavo na enoti za motnje hranjenja je, da ima pacient indeks telesne mase (ITH) pod 13, ob tem pa ima vse telesne izvide v mejah normale. 24-urno spremljanje poteka le ob privolitvi pacienta (34).

Uspešna terapevtska komunikacija pripomore k sprejemanju bolezni in soočanju z njo. Pacienti preverjajo trdnost, neomajnost in vztrajnost zdravstveno-negovalnega osebja ter s tem razvijajo lastno neodvisnost in odgovornost (34). Vsi pacienti se niso pripravljani spoprijeti s težko potjo k ozdravitvi, pa tudi pacientovi cilji niso vedno skladni s tem, kar medicinska sestra meni, da je zanj dobro. Kljub temu ga mora nenehno spodbujati in njegovih odločitev ne sme obsojati. Prepričevanje pacienta o nasprotnem nima pozitivnega učinka, učinkovito je le spodbujanje posameznikove odgovornosti in sprejemanja posledic lastnih odločitev. Pacient bo med zdravljenjem bolj zavzet, če bo verjel v korist sprememb.

Vloga medicinske sestre ni v tem, da pacienta prisili k opustitvi njegovih prehranjevalnih navad in ga nadzira, ampak da mu pomaga pri odločitvi, kako in kdaj je pripravljen navade opustiti. Pri celostni obravnavi pacienta z motnjami hranjenja je nujno sodelovati s pacientovimi svojci in jih vključevati v zdravstveno vzgojo. Imajo pomembno vlogo pri spreminjanju osebe z motnjami hranjenja, saj jo spodbujajo in podpirajo med zdravljenjem (34).

Medicinska sestra spremlja pacienta 24 ur na dan, kar pomeni, da vsak trenutek ve, kaj se z njim dogaja. Ves čas je ob njem v bolniški sobi (tudi ponoči in v času obiskov), v jedilnici in v zunanjem okolju. Ob tem pacientu zagotovi intimnost, diskretnost, spoštuje njegovo avtonomnost in individualnost ter varno, strukturirano in podporno okolje. Pacienta v pogovoru motivira, ga razbremenjuje, mu nudi pomoč, če jo le-ta potrebuje, in ga spodbuja pri vseh življenjskih aktivnostih. Če pacient odkloni zdravljenje v psihiatrični bolnišnici, lahko zdravljenje poteka v splošni bolnišnici. Toda samo v primerih, če je njegovo vedenje in mišljenje takšno, da ni nevaren zase in za okolico. Pacient ima pravico zavrniti ali prekiniti medicinski poseg ali negovalni postopek, vendar samo tedaj, kadar takšna zavrnitev ne predstavlja zanj škode za zdravje, ki se jo spričo psihičnega bolezenskega stanja pacient ne zaveda. Razsodnik pri takšnih zavrnitvah je vodja bolniškega oddelka, predstojnik ali njegov namestnik, skupina treh zdravnikov, od katerih sta dva specialista psihiatra. Vsak pacient ima pravico do zdravstvene zaščite, ki mu nudi najvišjo možno stopnjo zdravja. V ta okvir spadajo tudi odpusti iz bolnišnice, tako imenovani dopusti oziroma prosti izhodi (35).

Negovalne diagnoze so pomembna sestavina procesa zdravstvene nege, saj z negovalnimi diagnozami poimenujemo negovalne probleme, ki jih zaznava pacient ali medicinska sestra. Negovalne diagnoze so vnaprej predvideni pacientovi problemi, ki se povezujejo z določeno medicinsko diagnozo ali stanjem (36).

Zdravstvena vzgoja je nujna sestavina zdravstvene nege pacienta z motnjami hranjenja, ki se je medicinska sestra loteva s pacientom. V okviru izobraževalne skupine obravnava področja, na katerih se pojavljajo motnje, in spodbuja uporabo tehnik za samopomoč. Zaradi pacientove bolezni se pojavijo težave in motnje predvsem pri prehranjevanju, izločanju, ravnotežju med spanjem, počitkom in dejavnostjo, pri izražanju čustev in potreb, odnosu do svojega telesa, pri skrbi za urejenost. Pacient je aktiven član v procesu zdravstvene nege, zato medicinska sestra

z njim načrtuje postopke. Upošteva posameznikove potrebe, želje in mnenja, spoštuje njegovo avtonomnost (34).

V študiji primera ni bila upoštevana faza vrednotenja, ker pri zaključni fazi realizacije načrtovanih ciljev nismo bili prisotni.

Vloge medicinske sestre v terapevtski komunikaciji se spreminjajo, kakor se spreminjajo faze zdravljenja. V začetni simptomatski fazi zdravljenja pacientov z anoreksijo nervozo ima poglavitno vlogo pri zdravstveno-vzgojnem delu in potrebni pomoči pri vzpostavljanju zdravih prehranjevalnih navad, odnosa do telesne teže, obnovitvi fizičnega zdravja. V zaključni reintegracijski fazi paciente spodbuja k načrtovanju prihodnosti (34).

Z aktivnim opazovanjem smo ugotovili, da so izkušnje ob izdelavi študije primera primerljive s teoretičnimi izhodišči. Pomembno je razumevanje čustvene bolečine pacientov z anoreksijo nervozo, kar zahteva od medicinske sestre tudi veliko mero empatije: pokazati mora veliko potrpljenja in vztrajnosti, da doseže zastavljene cilje v procesu zdravstvene nege, ki vodijo k boljši kakovosti življenja pacientov.

Življenje vsakemu človeku lahko prinese težave, bolezni in trpljenje, ki se jih ne more ubraniti. Takrat potrebuje pomoč od zunaj. Ko jo išče v zdravstvu, je njen osnovni vir pogosto prav medicinska sestra. Če ima ta ustrezno znanje in izkušnje s komunikacijo, lažje spremlja pacienta in mu pomaga na njegovi poti do zdravja. Profesionalna komunikacija in odnosi medicinski sestri omogočijo, da pomaga pacientu, da se ponovno dokoplje do volje do življenja in do sozvočja s svetom. To pa je možno le skozi pristen stik s pacientom, pri katerem se pravočasno in odgovorno odzivamo na njegove potrebe. Medicinska sestra ves svoj delovni čas komunicira s pacienti, saj je komunikacija sestavni del zdravstvene nege.

Globalni cilj profesionalne komunikacije medicinske sestre s pacientom je medsebojni odnos, v katerem bo pacient brez strahu in zadržkov sporočal svoje potrebe, želje in pričakovanja. Tudi razliko med pacienti bo medicinska sestra lažje zaznala, če se bo z njimi več pogovarjala in jih predvsem bolj aktivno poslušala. S tem bo pridobila dodatne informacije, ki ji bodo v pomoč pri izvajanju zdravstvene nege, pacient pa bo imel občutek, da ni samo številka. Če nam bo ob koncu izvajanja procesa zdravstvene nege povedal, da smo bili z njim prijazni, bomo dosegli svoj cilj.

8 ZAKLJUČEK

Naloga medicinske sestre je, da pacientu dviga samozavest, mu daje oporo, ga motivira, ga večkrat pohvali in z njim vzpostavi empatičen odnos, poln človeške topline. Pacient je aktiven član v procesu zdravljenja in zdravstvene nege zato je potrebno upoštevati individualne potrebe vsakega posameznika. Pacient lahko počne vse, kar ga veseli, če le to vedenje ne vodi v zniževanje telesne teže. Pri tej aktivnosti se v proces zdravljenja in zdravstvene nege vključujeta socialna delavka in delovna terapevtka, ki bolniku dajeta naloge, ki ga veselijo.

Ključno vlogo pri zdravljenju ima posameznik z anoreksijo nervozo sam z lastno voljo, močjo in motivacijo za spremembe, vendar je ob tem potrebna še psihična, fizična in socialna podpora s strani okolja, tako ožjega, ki jo predstavlja družina, kot tudi širšega z omogočanjem možnosti (alternativ) zdravljenja, da lahko korake na poti k spremembam uresniči oziroma da lahko vsaj ohrani življenje.

Anoreksijo nervozo smo predstavili tako z vidika stroke kot tudi z vidika posameznice z anoreksijo nervozo. V okviru obravnave tovrstne motnje hranjenja je pomembno ne le poznavanje teorije, temveč tudi poskus razumevanja stanja, v katerem so osebe z anoreksijo nervozo, in njihovega doživljanja, k čemur pripomorejo obravnave primerov. Prikazan primer je le eden izmed številnih, zato bi bilo v prihodnosti pomembno obravnavati takšne in podobne primere ne le, da bi izboljšali razumevanje same bolezni, temveč tudi probleme, ki iz nje izvirajo. Slednje je namreč ključnega pomena za kakovostno, ustrezno in učinkovito zdravstveno nego in pomoč ter boljše sodelovanje oseb z anoreksijo nervozo v obravnavi.

SEZNAM VIROV

1. Erzar T. Duševne motnje: psihopatologija v zakonski in družinski terapiji. Celje: Celjska Mohorjeva družba, 2007: 145, 149–150.
2. Mikuš RP. Različni vidiki motenj hranjenja pri ženskah (I. del). Obzor Zdr N 2003; 37: 29–36 (30, 32).
3. Sernec K. Anoreksija nervoza (2007). Dostopno na: <http://www.tosemjaz.net/clanki/609/detail.html> (8.8.2008).
4. Pawluck DE. Gorey KM. Secular Trends in the Incidence of Anorexia Nervosa: Integrative Review of Population-Based Studies. Int J Eat Disord 1998; 23 (4): 347–352.
5. Lešer I. Bulimija. Dostopno na: <http://www.psihiater-leser.com/452/42401.html> (8.8.2008).
6. Sternad Dragica M. Motnje hranjenja: od besed, ki ranijo, k besedam, ki celijo. Ljubljana: Samozaložba, 2001: 18, 60, 61.
7. Sernec K. Motnje hranjenja 2. del. Dostopno na: <http://www.viva.si/clanek.asp?id=2623> (8.8.2008).
8. Levitt DH. Anorexia Nervosa: Treatment in the Family Context. The Family Journal 2001; 9; 159–163.
9. M. Motnje hranjenja (2003). Dostopno na: <http://www.medenosrce.net/pogled.asp?ID=426> (2.8.2008).
10. Tomori M. Motnje hranjenja. Ljubljana, Katedra za psihologijo 1995: 25, 26, 29–30, 39–41, 55, 61, 62.
11. Pokorn D. Gastronomija. Ljubljana, Debora 1997: 84–86.
12. Rozman S. Sprememba v srcu. Ljubljana, Studijo Moderna, Revija Viva, 2004. 168.
13. Ashwort S. Proč z namišljeno debelostjo. Ljubljana, Hekure, 2000: 96, 103, 107, 108.
14. Wikipedija, prosta enciklopedija. Bulimija. Dostopno na: <http://sl.wikipedia.org/wiki/Bulimija> (8.8.2008).
15. Lock J. How Clinical Pathways Can Be Useful: An Example of a Clinical Pathway for the Treatment of Anorexia Nervosa in Adolescents. Clin Child Psychol Psychiatry 1999; 4; 331–340.
16. Eivors A. Lačni razumevanja : priročnik, ki naj mladim pomaga razumeti in premagati anoreksijo nervozo. Maribor. Obzorja, 2007: 37, 38.

17. Luban Plozza B. psihosomatski bolnik v splošni ambulanti in njegovo zdravljenje. Ljubljana, Državna Založba Slovenije, 1993: 63.
18. Salter M. Spremenjena telesna podoba: vloga medicinske sestre. Ljubljana, Državna Založba Slovenije, 1992: 82, 83, 90–97.
19. Cesar T. Diplomaska naloga: Pogled mladih na motnje hranjenja v ptujski in pomurski regiji. Dostopno na: http://www.fsd.unilj.si/ediplome/pdfs/casar_tadeja_dolinar_patricija_N4995.pdf (20.6.2009).
20. Prinčič Reljič A. Izkušnje pri zdravljenju v ambulanti. Dostopno na : http://www.revijavita.com/Motnje_hranjenja/Izkusnje_pri_zdravljenju_v_amb/izkusnje_pri_zdravljenju_v_amb.html (12.6.2009).
21. Smith AT. Wolfe BE. Amenorrhea as a Diagnostic Criterion for Anorexia Nervosa: A Review of the Evidence and Implications for Practice. J Am Psychiatr Nurses Assoc 2008; 14; 209–215.
22. Arzenšek P. Turčin Z. Lahe M. Anoreksija nervoza s prikazom primera. Obzor Zdr N 2005; 39: 269–75. (270).
23. Antončič I. Kvaliteta psihiatrične zdravstvene nege v Sloveniji. Ljubljana, Pedagoška fakulteta Maribor: kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, zdravstveni dom, 1995: 39, 40.
24. Čuk V. Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi : podtema Pravice bolnikov in zaposlenih: zbornik prispevkov. Maribor, 2006: 40–42.
25. Šolc S. Psihiatrična klinika – intenzivna enota za zdravljenje motenj hranjenja.
26. Ermenc Klara S. Komunikacija v zdravstveni negi : gradivo za seminarske vaje. Izola, Visoka šola za zdravstvo, 2006: 17, 18.
27. Hoyer S. Zdravstvena vzgoja in zdravstvena prosveta. Ljubljana, Tehniška založba Slovenije, 1995: 51–54.
28. Černelič Bizjak M. Komunikacija v zdravstveni negi : učno gradivo. Izola, Visoka šola za zdravstvo, 2006: O.
29. Terapevtska komunikacija. Dostopno na: <http://www.zdravstvena.info/vsзнj/terapevtska-komunikacija/> (5.7.2009).
30. Čuk V. Negovalne diagnoze v psihiatrični zdravstveni negi: zbornik prispevkov. Ljubljana, zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2005: 7, 8, 11–13, 15, 28, 29.
31. Šlajmer – Japelj M. Proces zdravstvene nege. Priročnik. Maribor, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 1993: 34.

32. Gordon M. Negovalne diagnoze : priročnik. Maribor, Zdravstveni dom Dr. Antona Drolca, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 2006: 15, 119, 137, 148, 152, 232, 234.
33. Geč T. Negovalne diagnoze v praksi : zbornik predavanj. Maribor, Zdravstveni dom Dr. Antona Drolca : Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 2007.
34. Šolc S. Vloga medicinske sestre pri bolniku. Dostopno na: http://www.revijavita.com/Motnje_hranjenja/Vloga_medicinske_sestre_pri_bo/vloga_medicinske_sestre_pri_bo.html (5.7.2009).
35. Pravice bolnikov. Dostopno na: <http://www.pb-idrija.si/pravice.htm> (5.7.2009).
36. Šmitek J. S črevesno stomo povezane negovalne diagnoze. Dostopno na: <http://issuu.com/maktito/docs/kc-knjiga-003-kaofinis/105> (20.6.2009).

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC

NANDA - North American Nursing Diagnosis Associations